

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 522

La Péritonite Tuberculeuse de l'Adulte

A PROPOS DE 166 CAS OBSERVÉS
A L'HOPITAL INTERDÉPARTEMENTAL D'HYÈRES
ET SOIGNÉS PAR LA CURE HÉLIO-MARINE

Considérations Cliniques, Thérapeutiques et Sociales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 11 Juillet 1939

PAR

Louis GHOSN

Né le 14 Septembre 1908, à Aïn-Mouaffak (Liban)



LYON

IMPRIMERIE C. BERLIOZ

7, Rue des Marronniers

1939

**LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE
DE L'ADULTE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 522

La Péritonite Tuberculeuse de l'Adulte

A PROPOS DE 166 CAS OBSERVÉS

A L'HOPITAL INTERDÉPARTEMENTAL D'HYÈRES

ET SOIGNÉS PAR LA CURE HÉLIO-MARINE

Considérations Cliniques, Thérapeutiques et Sociales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 11 Juillet 1939

PAR

Louis GHOSN

Né le 14 Septembre 1908, à Aïn-Mouaffak (Liban)



LYON

IMPRIMERIE C. BERLIOZ

7, Rue des Marronniers

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC. CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT. SAVY.
Cliniques chirurgicales	PATEL. BERARD. VORON. BONNET. FAVRE. LEPINE (J.). MOURIQUAND. COTTE. REBATTU. CIBERT. TAVERNIER. COURMONT. J. CHALIER. PONTIUS. FLORENCE. MOREL. MANCEAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. HERMANN. CORDIER. CADE. J.-F. MARTIN. SANTY. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. ROCHAIX. LEULIER. PIERY.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Cliniques dermatologique et syphilligraphique	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique médicale infantile	
Clinique gynécologique	
Clinique Oto-rhino-laryngologie	
Clinique urologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	
Clinique des maladies infectieuses	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie générale et thérapeutique	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie ..	
Médecine légale	
Hygiène	
Pharmacie et Pharmacologie	
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAIT
CHAMBON	SEDALLIAN	JOSSERAND	
EPARVIER	CREYSEL	DELORE	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur L. BÉRARD, président.
MM. DUFOURT, CREYSEL, DE ROUGEMONT, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS ET FRÈRE

A MON FRÈRE ELIE

A MES AMIS ET CAMARADES

LES DOCTEURS L. ASMAR ET I. BEYHUM

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Nous lui devons une grande part de notre formation médicale. Nous avons toujours trouvé de la sollicitude auprès de lui. Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre hommage respectueux et de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES ET MAÎTRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE ROUGEMONT

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nos remerciements et notre gratitude pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné et pour l'honneur qu'ils ont bien voulu nous faire en acceptant d'être nos juges.

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE IMBERT

*Médecin de l'Hôpital Interdépartemental d'Hyères
et de l'Hôpital Renée-Sabran à Giens*

Notre séjour dans le Midi nous a permis d'apprécier les hautes qualités du Docteur IMBERT. Nous n'avons eu qu'admiration pour son intelligence, sa compétence et sa gentillesse; aussi, quand nous nous sommes adressé à lui pour lui demander de nous permettre de suivre son service, nous étions sûr du bon accueil qui allait nous être réservé, et du grand profit que nous allions tirer pour notre formation médicale.

L'atmosphère de famille qu'il crée dans son service, l'amabilité de ses collaborateurs et collaboratrices, et la beauté des lieux, laissent en nous un des meilleurs et inoubliables souvenirs.

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous communiquer ses observations, nous instruire sur les cas de péritonites que nous avons observés dans son service et, enfin, guider notre travail.

Nous lui exprimons notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX BERARD

*Chirurgien de l'Hôpital Interdépartemental
et de l'Hôpital Renée-Sabran*

Il a toujours eu de la sollicitude pour nous. Il nous a très utilement soigné.

Nous avons bien profité au point de vue orthopédique, en suivant ses visites instructives et en assistant à ses excellentes opérations.

Enfin, il a bien voulu nous faire profiter de ses observations dans le rapport qu'il a présenté, avec le Docteur IMBERT, au VIII^e Congrès de Thalassothérapie.

Nous lui adressons notre gratitude et notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL ARMANET

*Chirurgien de l'Hôpital Interdépartemental
et de l'Hôpital de Pomponiana*

La gentillesse, la compétence et l'art de cet excellent chirurgien ont toujours fait notre admiration. Nous nous sommes bien instruit auprès de lui et nous avons été très utilement soigné par lui.

Nous lui adressons notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

A MADAME LE DOCTEUR TALLARD

Meilleur souvenir.

A MONSIEUR L'HERAND, DIRECTEUR,
ET A TOUT LE PERSONNEL MÉDICAL ET ADMINISTRATIF
DE L'HÔPITAL INTERDÉPARTEMENTAL

A MES PROFESSEURS ET A MES AMIS
DU COLLÈGE UNIVERSEL D'ALEY
ET DU LYCÉE FRANÇAIS DE BEYROUTH

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR PARISOT
DU LYCÉE DE BEYROUTH

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

DE L'ADULTE

INTRODUCTION

Parmi les observations qui ont servi de base à ce travail, 130 ont fait déjà l'objet du rapport de MM. P. Imbert et F. Bérard, au 8^e Congrès de l'Association Internationale de Thalassothérapie ; 36 autres sont entrés depuis ce rapport à l'Hôpital Héliomarin Inter-départemental, que nous avons pu personnellement observer, sous la direction du Docteur Imbert, qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous aider dans son élaboration — d'autre part, nous avons fait de larges emprunts au rapport de MM. Bérard et Imbert — les derniers malades observés en ayant peu modifié les conclusions.

Ces derniers malades ne peuvent tous faire l'objet des statistiques d'ensemble puisque la plupart sont encore en cure, et qu'il est encore trop tôt pour apprécier le résultat de cette cure. Mais s'ils ne peuvent participer aux résultats des traitements, nous les incorporerons aux malades du rapport en ce qui concerne les modalités cliniques.

Nous prenons donc de ces dernières observations ce qui sera utile à l'étude clinique et thérapeutique

des Péritonites sans qu'on puisse juger à leur endroit, et de façon plus générale, de l'action à long terme de la Cure héliomarine. Nous en extrairons cependant les cas où l'action du soleil et de la mer, a paru rapidement favorable ou défavorable.

Nous rappelons que notre étude se limite à la Péritonite tuberculeuse chez l'adulte. Nous avons donc éliminé tous les malades âgés de moins de 16 ans. Nous voyons d'ailleurs fort peu d'enfants atteints de péritonite tuberculeuse ; sont-ils envoyés ailleurs ? Ou plutôt faut-il voir là la conséquence de cette constatation qui découle des recherches actuelles sur la cuti-réaction : recul progressif de l'âge de la primo-infection, depuis une vingtaine d'années ? M. Gardère, dans son service d'enfants de l'Hôpital Debrousse, n'a observé depuis dix ans que deux péritonites.

Nous avons exclu également la tuberculose génitale qui ne s'accompagne pas de manifestations dans le grand ventre.

Nous avons eu quelque peine à établir une statistique précise, d'abord parce que les renseignements qu'apporte le malade sont souvent insuffisants, et sa mémoire est plus ou moins fidèle. Le diagnostic d'envoi, les constatations opératoires sont trop brièvement précisées. D'autre part, en raison de la multiplicité des formes, il est souvent impossible de les classer sous des rubriques assez nombreuses et précises, en raison aussi des formes de passage, des modifications en cours d'évolution. Enfin, les sujets en sont à des stades très variables de leur évolution, et c'est sur-

tout ce qu'il y a de particulier à notre recrutement : quelques malades, ascitiques et caséux, sont entrés dans les premiers mois à leur début ; la majorité, au contraire, ont subi déjà plusieurs traitements : chirurgie, rayons ultra-violets, héliothérapie à l'intérieur ; d'autres ont évolué de longs mois sans traitement ; nous avons observé des formes très anciennes, soit rebelles, soit en cours de rechute, ayant déjà fait une cure dans un établissement de mer ou de montagne. Il existe enfin des formes imprécises, où il est difficile de faire la part de ce qui revient à la péritonite elle-même ou à des séquelles fonctionnelles.

Quoi qu'il en soit, ayant éliminé les erreurs de diagnostic et les cas où ce diagnostic s'avérerait impossible, nous avons classé nos sujets en trois groupes : formes ascitiques — formes caséuses — formes sèches et granuleuses. Les deux premiers groupes comprennent les péritonites qui, à un moment de leur évolution, ont présenté une ascite importante ou des gâteaux prédominants. Le dernier renferme celles où il n'existait pas de liquide, ni de masse caséuse cliniquement appréciable : formes avec douleurs, ballonnement, empâtement ; formes où une intervention a montré des lésions spécifiques mais trop peu importantes pour imprimer une note dominante à la maladie.

Pour le classement des résultats, nous avons retenu, comme malades guéris, ceux ne présentant plus aucune manifestation objective ou fonctionnelle, même sous forme de séquelles digestives ou génitales. Nous avons fait rentrer ces séquelles dans le

groupe des améliorés ; dans ce même groupe se trouvent les péritonites où la guérison locale laisse persister un état général déficient. Les cas stationnaires concernent certains malades encore en traitement, et ceux pour lesquels, en toute justice, nous ne pouvions créer une rubrique « aggravés » sans laisser supposer que notre cure en était responsable.

Dans la présentation de ces résultats, il faut tenir compte du fait que, dans la majorité des cas, nous n'avons pu effectuer des cures aussi longues que nous l'aurions voulu, parce que, surtout dans les formes inapparentes, les malades s'y sont souvent refusé, ensuite parce que, dans les débuts de l'installation de l'Hôpital héliο-marin, faute de place pour les inscriptions d'osseux, on devait évacuer les Péritonites dès qu'elles paraissaient stabilisées.

Toutes ces conditions n'améliorent certes pas nos statistiques, qui, de ce fait, ne sont guère superposables aux autres ; mais elles illustrent mieux certains côtés particuliers de l'histoire des péritonites tuberculeuses, montrant bien l'extrême variabilité des formes, des évolutions, et surtout, comme l'a dit M. Cordier, « qu'au point de vue thérapeutique, les cas d'espèces sont innombrables ».

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

I. Date d'Apparition de la Péritonite après la Primo-Infection

Dans les lignes qui vont suivre nous utiliserons la terminologie employée par Ranke dans la classification de la tuberculose, et à laquelle M. Dufourt apporte en France l'appui de sa haute autorité. Cette classification en différents stades est encore combattue pour des questions de détail. M. Dufourt lui-même, dans la thèse de son élève Brun, précise bien qu'il ne s'agit que d'un schéma, sujet à des exceptions évidentes, et nous n'avons nullement la ridicule prétention de figurer dans un débat de cette envergure. Mais dans le domaine strictement qui nous occupe, ces théories ont l'avantage de cadrer habituellement avec des réalités cliniques et de n'être nullement en désaccord avec les circonstances d'apparition généralement admises de la péritonite.

Très schématiquement, pour Ranke et M. Dufourt,

après une phase d'incubation nécessaire à l'établissement de l'Allergie, l'infection tuberculeuse humaine évolue en trois stades avec des manifestations possibles mais non inéluctables : le stade primaire où l'on constate un virage du négatif au positif de la cuti-réaction, marqué ou non par l'évolution d'un complexe ganglio-pulmonaire, un érythème noueux ou une typho-bacillose ; le stade secondaire se révèle cliniquement et en ordre d'apparition, par la méningite, puis la pleurésie et la péritonite, et enfin, les localisations ostéo-articulaires. Quant au stade tertiaire, c'est celui de la tuberculose pulmonaire chronique.

Ce n'est pas d'une statistique de sanatorium que l'on peut tirer des enseignements à propos de la date d'apparition de la péritonite après l'établissement de l'allergie ; cela a été fait en milieu hospitalier, l'on a pu y établir que la péritonite ne survient pas avant six mois au moins après le virage de la cuti-réaction, et que son domaine s'étend surtout de 1 à 3 ans après ce virage.

La plupart des auteurs qui nous ont transmis leur opinion sur ce point particulier confirment cette manière de voir : la péritonite est une manifestation précoce de la tuberculose. Pour M. Dufourt, elle survient 10 à 16 mois après l'allergie, dans les deux années qui suivent la contamination. Pour le Professeur Nobécourt, elle est cliniquement précoce, mais il est impossible de dire s'il s'agit de primo-infection ou de réveil d'infection antérieure. M. Despeignes constate que c'est une manifestation du début

de la période secondaire, de même que M. Martin du Pan. D'autres, sans mieux préciser, disent que la péritonite est contemporaine des atteintes ostéo-articulaires (Bastide, Cappelle). A notre avis, elle précède en général l'atteinte des os et des articulations, bien que l'intervalle puisse être fort court (quelques mois) entre ces deux ordres de manifestations.

Il semble donc possible d'admettre que la péritonite tuberculeuse survient de 6 mois à 3 ans après le virage de l'allergie, et que le moment de son apparition est postérieur de trois ou quatre mois à celui où peut survenir la méningite.

Mais on sait, et nous avons constaté que la péritonite (plus volontiers fibro-caséeuse, ou fibro-adhésive) peut survenir au cours de la tuberculose pulmonaire, voire chez un tuberculeux pulmonaire guéri, ces cas étant infiniment plus rares, mais nous en donnerons des exemples.

II. Polymorphisme de la Péritonite Tuberculeuse

L'histoire de la péritonite, en tant qu'affection autonome d'origine tuberculeuse, ne date pas de longtemps. Ce n'est qu'en 1884, que Biot l'appelle péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et c'est Marfan qui lui donne sa place véritable. En même temps que Fernet et Bouland à Paris, Lépine et Blanc à Lyon, isolent la forme pleuro-péritonéale. Après avoir été confuse, l'histoire de la péritonite devint trop

précise et se limita essentiellement aux formes ascitiques et caséuses. Cette limitation de la maladie pèsera longtemps encore sur les opinions des cliniciens, expliquant les divergences de vues, concernant l'évolution et la thérapeutique de l'affection ; pourtant, dès la fin du siècle dernier, les travaux des chirurgiens et des anatomo-pathologistes laissaient prévoir, qu'à côté des formes franchement exsudatives, existaient de nombreuses formes de passage et d'autres types beaucoup moins bien caractérisés, dont la fréquence de nos jours est de moins en moins négligeable. Si bien qu'on se trouve en présence de deux groupes différents qu'oppose essentiellement la richesse ou la pauvreté symptomatologique.

A. — *Premier groupe : Formes ascitiques et caséuses. Formes occlusives et ulcéreuses.*

a) *La forme ascitique.* — Ancienne « péritonite exsudative des jeunes filles », avec sa symptomatologie évidente, son évolution si souvent cyclique, comparable, pour le ventre, à ce qui se passe au niveau de la plèvre : en quelques semaines ou 2 ou 3 mois, au milieu d'un cortège variable de phénomènes généraux, fonctionnels et thermiques, l'abdomen gonfle, parfois démesurément ; il renferme du liquide, que l'on s'en assure ou non par ponction ; puis peu à peu le liquide disparaît, l'état général se relève parallèlement et l'on assiste souvent à la guérison locale et générale définitive.

Ce type, pour être banal, mérite qu'on s'y arrête,

car c'est le plus souvent envisagé lorsqu'on pense à la péritonite tuberculeuse. Il pèse lourdement sur les opinions des cliniciens, concernant cette affection en général, et c'est à propos de la forme ascitique que se sont affrontés la plupart des thérapeutes.

Sur cette forme d'évolution généralement favorable, les traitements les plus divers ont pu être envisagés et tous avec des succès nombreux.

Les années ont passé sans interrompre ces controverses, l'aventure est classique pour toutes les affections le plus souvent curables. Mais nous voulions marquer qu'il faut cesser de penser uniquement à la péritonite ascitique ; ce n'est pas seulement à son endroit qu'il faut mesurer la gravité de l'atteinte tuberculeuse du péritoine, et l'efficacité des diverses actions thérapeutiques.

Mais si la fréquence de ces formes curables impressionne favorablement les médecins, elle n'améliore pas les statistiques des Sanas parce que ces ascites d'évolution presque cyclique, sont rarement envoyées dans des maisons de cure ; les malades et parfois même les médecins, jugent inutiles de pareils frais en présence d'une maladie apparemment guérie. Nous verrons cependant que si, pour un grand nombre, cette guérison est définitive, certains récidiveront plus tard, sous une forme particulièrement rebelle, ce qui eût pu être évité à condition d'une cure aveugle systématique à la première atteinte.

b) *La forme caséuse* possède également une individualité clinique tranchée et son diagnostic est en

général facile : mais, au contraire de la précédente, elle est souvent beaucoup plus grave dans son évolution ; c'est elle surtout qu'il faut envisager quand il s'agit de savoir si une médication est inoffensive ou efficace.

A son sujet, il est classique de décrire une forme fibro-caséuse et une forme ulcéro-caséuse ; pourtant, du point de vue clinique, cette différenciation est bien difficile. Maffei et Blankoff pensent que l'ulcéro-caséuse est une complication de la forme caséuse. Cappelle voit une différence d'allure entre les deux formes : « les formes ulcéreuses retentissant au maximum sur le transit intestinal et évoluant vers le syndrome douloureux de contracture ». Rollier nous dit qu'il n'y a pas de formes bien tranchées, mais que toutes interfèrent. Nous pensons qu'il ne s'agit que de modalités anatomiques et cliniques d'une même forme : suivant son génie évolutif particulier, une forme caséuse évoluera sur le mode fibreux ou ulcéreux prédominant ; comme au niveau du poumon, l'évolution fibro-caséuse n'exclut pas la présence d'ulcérations ; les formes ulcéreuses ne sont en général pas exemptes de constructions fibreuses. C'est la proportion variable de ces éléments anatomiques qui, dans les cas extrêmes, justifiera la description de deux formes spéciales ; dans la majorité des cas, on ne doit parler que de formes caséuses avec des évolutions variables.

c) *Formes de passage.* — Gâteaux et ascite peuvent coexister, mais c'est l'existence des éléments caséux

qui imprime à l'affection une évolution particulière et c'est d'elle qu'on doit tenir compte dans l'appellation de la forme.

De même, les formes sèches, granuleuses ou plastiques, que nous envisagerons plus loin, présentent parfois un léger degré de liquide péritonéal, qui n'ajoute rien à leur caractère clinique et nous demandons, pour parler de forme ascitique, que cette ascite ait été à un moment donné nettement et *cliniquement* appréciable.

d) *La forme occlusive* est la conséquence des formes précédentes, surtout des caséuses ; mais la raison nous échappe de cette évolution occlusive dans certaines formes plutôt que dans d'autres, car elle est indépendante de l'importance des gâteaux et de la gravité de l'affection. Elle peut également se voir dans l'évolution d'une forme plastique d'emblée. Dans notre travail, plusieurs de ces formes ont une origine nettement chirurgicale.

e) *La forme fistuleuse* peut réaliser exceptionnellement une forme clinique spontanée : c'est le plus souvent une forme artificielle, conséquence de l'acte opératoire : nous relevons 35 fois, dans notre statistique, l'existence de fistules consécutives à une intervention. On connaît leur gravité surtout quand elles sont pyostercorales. Cette forme fistuleuse est la plus grave, elle grève le plus lourdement les statistiques et plaide de la façon la plus objective contre l'acte opératoire quand il a pu être évité ; elle nous obli-

gera plus loin à condamner la chirurgie en tant qu'indication de choix dans le traitement de la péritonite tuberculeuse diagnostiquée et non compliquée.

B. — *Deuxième groupe : Formes frustes, latentes ou inapparentes.*

Si l'aspect clinique des formes précédentes est le plus souvent simple et évident, il n'en est pas de même pour ces dernières ; celles-ci sont en général d'une symptomatologie « désespérément misérable » (Boltansky) et c'est à leur sujet qu'il faut répéter l'aphorisme de Peter : « Le ventre attend encore son Laennec ».

a) *Formes plastiques.* — Pour avoir une symptomatologie d'emprunt, ce sont des cliniciens, des anatomo-pathologistes : Faugas, Paviot, Savy, qui nous ont appris à les connaître ; ces formes relevant de la tuberculose inflammatoire de Poncet et dont l'existence a été fortement combattue à l'origine, faute de constatations anatomo-pathologiques constantes et précises, ont acquis maintenant droit de cité. Il est curieux de voir que des Lyonnais, qui les ont découvertes et décrites, sont actuellement les plus exigeants pour les diagnostiquer, car on a abusé de ce diagnostic qui trop souvent devient un diagnostic de paresse.

A part la forme fibro-adhésive, rare et grave, qui aboutit à une symphyse presque complète du péri-

toine et ne saurait rentrer dans ce groupe, il s'agit de syndromes abdominaux variables, à scène fonctionnelle plus ou moins riche, qui ne peuvent évoquer l'idée d'une péritonite que pour un esprit averti. Leur diagnostic est facile, lorsqu'elles sont secondaires, mais très difficile, si elles sont primitives.

b) *Formes sèches et granuleuses.* — Leur constatation est devenue de plus en plus fréquente et pourtant, si elles présentent parfois les mêmes manifestations fonctionnelles, générales et thermiques que les formes caséeuses et ascitiques, leur symptomatologie objective est fort réduite : simple élévation thermique avec amaigrissement, perte des forces ; douleurs abdominales diffuses, avec des troubles digestifs variés (nausées ou vomissements, diarrhée ou constipation opiniâtre). « Faux entéritiques par péritonite tuberculeuse latente », de Joltrain et Boufle. En dehors des douleurs provoquées, la palpation du ventre ne révèle rien de net, parfois la douleur sera localisée dans la fosse iliaque droite; souvent encore, le début se manifestera apparemment par une crise d'appendicite aiguë qui imposera l'intervention du chirurgien. En définitive, c'est un des mérites de la chirurgie d'avoir fait connaître que ces formes étaient fréquentes, et qu'il fallait compter avec elles à l'égal des formes ascitiques et caséeuses. Aux épithètes de latente, fruste, inapparente, ce serait justice d'ajouter celle de chirurgicale : leur découverte et leur diagnostic dépendant si souvent de l'acte opératoire.

III. Autres Manifestations Tuberculeuses associées à la Péritonite

Nous envisagerons successivement les manifestations pleurales, les manifestations génitales chez la femme, les manifestations intestinales et les manifestations pulmonaires, et nous chercherons en cours de route si on peut tirer, de ces coexistences et de leurs fréquences, des arguments en faveur des origines primitives ou secondaires de la péritonite tuberculeuse.

a) *Péritonite tuberculeuse et manifestations pleurales.* — Nous avons noté une manifestation pleurale précédente, concomitante ou consécutive, dans 66 cas sur 166, soit 39,75 %. Peut-être avons-nous été trop exigeants, car nous n'avons retenu que les antécédents indiscutables et les constatations radiologiques couramment admises comme séquelles de pleurésie. Mais nous avons eu les mêmes exigences chez tous nos malades. Cette proportion est plus grande chez les hommes (43 %) que chez les femmes (39 %), et il est curieux de voir que chez nos ascitiques, cette constatation s'élève à 56,75 % (21 sur 37) et même à 100 % chez nos ascitiques hommes (8 sur 8).

Mais ces pourcentages n'ont pas une valeur objective absolue, car l'atteinte pleurale peut être discrète, ses signes fugaces ou non recherchés au moment de leur existence ; la radioscopie ne rend pas

compte de toutes les atteintes antérieures de péritonite tuberculeuse, et une trop grande finesse radiologique peut au contraire fausser les résultats.

La fréquence de la pleurésie, au cours de la péritonite, montre que ces deux manifestations sont souvent contemporaines. La loi de Godelier est peut-être une réalité anatomique, mais on ne saurait, dans l'état actuel de nos procédés d'exploration, en demander une confirmation aux statistiques. On a voulu également trouver, dans cette coexistence, une preuve de l'origine pleurale de la péritonite. Cette théorie aurait l'avantage d'envisager une origine unique pour les deux sexes, mais elle a l'inconvénient de ne pas expliquer la rareté des péritonites au cours des pleurésies.

b) *Péritonite tuberculeuse et manifestation génitale.* — Nous relevons 30 fois sur 138 cette coexistence, soit dans 21,73 % des cas. Santy la note 19 fois sur 59, Rollier 25 sur 177, Cappelle 23 sur 355. Ces statistiques, si elles montrent la fréquence de l'atteinte génitale contemporaine de la péritonite, ne donnent pas un argument décisif en faveur de l'origine génitale constante des péritonites chez la femme, origine ne pouvant évidemment être invoquée chez l'homme.

c) *Péritonite tuberculeuse et tuberculose intestinale ou appendiculaire.* — Nous n'avons pu retenir que 7 ou 8 cas où a existé une atteinte intestinale indiscutable. Dupuy relève 1 fois sur 11 ; Bastide, 4 sur

40 ; Bonnamour, 13 sur 39. L'origine intestinale de la péritonite, si elle est possible, est rare dans ses formes habituelles.

Quant à l'atteinte appendiculaire, nous ne saurons tirer des statistiques de nos observations ; 59 de nos malades ont bien subi une intervention pour syndrome de la fosse iliaque, mais nous ne possédons pas de précisions sur l'état de l'appendice ; il s'agissait bien de syndrome clinique appendiculaire, mais non forcément d'appendicite. Rollier a noté la tuberculose appendiculaire 11 fois sur 177 ; Santy, 10 fois sur 59 ; Cappelle, 38 sur 356.

On sait par ailleurs que de nombreux phthisiologues admettent l'origine digestive des péritonites chez des tuberculeux pulmonaires. Mignot et Mollard pensent que dans certains cas mêmes, le chancre d'inoculation est appendiculaire.

Nous pensons donc, pour conclure, que, même si l'on est partisan de la nature secondaire de la péritonite, on ne peut invoquer une origine univoque dans tous les cas et toutes les formes. On peut défendre avec plus d'arguments les origines pleurales et génitales, sans être en droit de préciser, surtout par des statistiques, la constance de ces origines.

d) *Péritonite tuberculeuse et tuberculose pulmonaire.* — 19 malades furent soignés à l'Hélio-marin pour lesquels on notait une atteinte pulmonaire précédente, concomitante ou consécutive à leur péritonite : 9 fois, cette tuberculose fibro-caséuse coexistait avec l'atteinte du péritoine (5 fois sur 9, il s'agis-

sait de péritonite caséuse, 4 fois d'une péritonite sèche. Dans un autre cas, il s'agissait bien de péritonite ascitique, mais l'atteinte pulmonaire s'apparentait à une spléno-pneumonie curable).

La péritonite tuberculeuse peut donc bien survenir au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Mais elle affecte rarement, semble-t-il, et M. Dufourt nous le confirme, la forme ascitique.

A propos de la précession clinique, on note que, chez ces 19 malades, 7 fois la péritonite a précédé la tuberculose pulmonaire, mais que 12 fois elle a été au contraire consécutive au début de cette tuberculose pulmonaire (affectant 5 fois le type caséux, 5 fois la forme sèche et 2 fois nettement la forme ascitique). La péritonite tuberculeuse peut donc succéder à la phthisie commune ; cette éventualité est assez souvent signalée pour les formes sèches ou caséuses mais dans deux de nos cas, il s'agissait de formes ascitiques, ce qui est une éventualité rare.

Rollier et Santy disent rencontrer fréquemment les tuberculoses pulmonaires dans les antécédents des péritonites tuberculeuses.

Signalons enfin la réelle bénignité des manifestations pulmonaires qui ont coexisté avec nos péritonites. Cette bénignité s'explique par le fait qu'on mélange, en général, des cas bien différents. Il existe en effet, chez les malades atteints de tuberculoses extra-pulmonaires, à côté de la tuberculose fibro-caséuse banale, des manifestations pulmonaires d'un type bien spécial, qui nous paraissent de plus en plus fréquentes depuis que M. Dufourt a attiré sur eux

notre attention, et que nous les recherchons plus systématiquement par le film : il s'agit des sujets pour lesquels l'attention n'a pratiquement pas été attirée sur le poumon, et c'est un examen fortuit qui décèle sur une radiographie de contrôle, une tramite irradiante en éventail, couvrant une partie du champ pulmonaire, surtout le lobe supérieur. Ces tramites présentent des aspects en mailles ; leurs sinuosités sont parfois ponctuées de granulations pouvant réaliser même des véritables aspects miliaires, soit localisés, soit d'une diffusion impressionnante. L'ensemble a l'allure soit d'une tuberculose fibreuse discrète, soit, dans des cas plus marqués, d'un aspect cicatriciel sur une fibro-caséuse évolutive antérieure, et pourtant, ces sujets le plus souvent n'ont présenté aucune manifestation respiratoire, ni toux, ni expectoration, et si la courbe thermique a été impressionnée, cette fièvre a pu aisément être mise sur le compte de la tuberculose extra-pulmonaire.

Ces faits nous paraissent correspondre peut-être à des cas de tuberculose hémato-gène, et en tout cas à une forme très spéciale de tuberculose, sans expression clinique pourrait-on dire, qui ne semble pas contre-indiquer une cure héliο-marine prudente. Dans le même ordre d'idée et appartenant, comme l'enseigne M. Dufourt, aux suites de cette tuberculose hémato-gène, nous avons eu l'occasion chez des tuberculeux ganglionnaires, de constater trois fois des aspects très caractérisés d'infiltrats arrondis type Assmann.

Le Docteur Imbert se propose de poursuivre ces

recherches dans le riche matériel de tuberculose extra-pulmonaire de Giens et d'Hyères. Mais d'ores et déjà, il apparaît qu'on ne doit plus parler sans discrimination de tuberculose pulmonaire chez les tuberculeux externes, et qu'il faudra établir des catégories très différentes pour lesquelles les problèmes thérapeutiques et surtout climatiques, devront être envisagés différemment.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES

I. Difficultés de Diagnostic

Nos 36 dernières observations ont été prises parmi 52 malades envoyés comme péricotonites, à l'Hélio-Marin. De ce nombre, nous avons donc éliminé 16 cas : 14 cas chez qui la péricotonite tuberculeuse était fort discutable ; 1 cas de tabès, guéri par le traitement spécifique, et enfin, 1 cas d'hépatocolite. Ce dernier nous fut envoyé pour une rechute de péricotonite après neuf ans de guérison...

D'autre part, nous avons vu des péricotonites chez lesquelles on a commencé par penser à une grippe intestinale ou à une paratyphoïde — une fois, l'apparition d'une pleurésie a éclairé le diagnostic. Enfin, de très nombreux cas où le diagnostic n'a été qu'une découverte opératoire.

Si ces erreurs de diagnostic sont bien plus fréquentes dans les formes sèches, elles sont loin d'être

rares dans les formes ascitiques et caséuses. L'erreur soi-disant providentielle, de Spencer Wells, se répète assez fréquemment.

A. — DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Il peut sembler arbitraire de mettre ce diagnostic en premier lieu, mais c'est d'une part le plus précis, et, tant dans les autres statistiques que dans la nôtre, les cas s'avèrent fréquents où, sans l'opération, le diagnostic n'eût pas été fait. Voici donc les chiffres qui nous ont été communiqués, où le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut une découverte opératoire : Bastide en note 5 sur 40 ; Cappelle, 5 sur 356 ; Coureaud, 2 sur 10 ; Dupuy, 1 sur 11 ; Galland, 5 sur 25 ; Nobécourt et Briskas, 5 sur 55 ; Rollier, 65 sur 177 (14 fois pour affection génitale, 48 fois pour un syndrome appendiculaire, 2 péritonites aiguës et 1 occlusion) ; Santy, 10 sur 59 ; Vial, 1 sur 12 (l'ascite est apparue trois mois plus tard).

Chez nos malades, cette proportion est encore plus grande : 44,5 % des cas (74 au moins sur 166 péritonites) semblent avoir été des découvertes opératoires.

Les interventions ont montré des formations plastiques ou fongueuses, un état dépoli ou congestif du péritoine, avec des granulations et parfois une quantité plus ou moins importante de liquide. Ces constatations demandent néanmoins une certaine discrimination : l'existence de liquide peut accompagner une appendicite banale, voire un kyste de l'ovaire, les

adhérences ne sont pas toutes de nature tuberculeuse ; on peut rencontrer des granulations au contact de certaine perforation même discrète. C'est pourquoi il faut souhaiter que le chirurgien complète ces investigations par un prélèvement et un examen du liquide, et demande des coupes histologiques des organes, des adhérences ou des ganglions, dont il crut devoir faire l'exérèse. Car il semble que le diagnostic opératoire des péritonites tuberculeuses n'est pas toujours aisé et qu'il est affirmé quelquefois sur de trop faibles présomptions.

B. — DIAGNOSTIC CLINIQUE.

C'est évidemment à la clinique, aux moyens d'exploration somatique, et au laboratoire, qu'il faut demander le maximum de renseignements.

1. Chez un sujet, présentant un syndrome abdominal non caractérisé, les renseignements tirés de l'anamnèse ou de l'examen général peuvent avoir une grande importance.

2. L'examen local, si caractéristique pour les formes ascitiques et caséuses, ne l'est guère pour les formes sèches, et risque même d'égarer l'observateur en attirant l'attention sur un organe plutôt que sur la séreuse. Il ne faut pas oublier, à ce propos, le toucher rectal qui, dans deux cas notamment où la palpation abdominale était difficile à cause de la défense, nous a révélé la présence de masses caséuses dans la grande cavité péritonéale.

3. L'exploration radiologique, dont nous avons déjà dit l'importance au point de vue thoracique, peut encore être utile en montrant le retentissement de l'inflammation séreuse sur le transit digestif ; cet examen, long et difficile, a l'inconvénient de demander une compétence particulière. Nous ne l'avons pas systématiquement utilisé sauf dans le cas où la clinique le demandait ; Capelle l'a pratiqué 64 fois ; dans 19 cas seulement, il a pu découvrir une image vraiment pathologique ; il précise, comme les auteurs qui ont étudié cette question, que les images rencontrées sont communes à toutes les inflammations péritonéales et ne préjugent pas de leur origine bacillaire. Cet examen radiologique a donc un intérêt certain dans des cas d'espèces, mais ne peut être systématique.

4. La ponction est un moyen de diagnostic relatif. On ne lui demande pas de montrer l'existence du liquide, mais, dans certains cas d'ascite d'origine discutable, l'examen du liquide retiré peut être inutile ; nous le retrouverons avec les épreuves de laboratoire.

C. — CONTRIBUTION APPORTÉE PAR LES RECHERCHES DE LABORATOIRE AU DIAGNOSTIC DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES.

Certains examens peuvent faire la preuve de l'atteinte bacillaire du péritoine : ce sont les plus rares. Les autres indiquent seulement s'il existe ou non un foyer tuberculeux quelque part dans

l'organisme : ce sont les plus nombreux. Nous indiquerons donc des méthodes directes et des méthodes indirectes.

a) MÉTHODES DIRECTES.

1. *Examen du liquide retiré par ponction au cours de l'intervention.* — L'examen cytologique montre généralement des globules blancs en grand nombre et à prédominance nettement lymphocytaire, ce qui, avec l'albuminose, différencie les inflammations chroniques du péritoine des transudats dits mécaniques chez les cirrhotiques ou les cardiaques pour la première fois ponctionnés. Mais là s'arrêtent les possibilités de cet examen, et même il faut savoir qu'au cours des formes aiguës granuliques, la formule cytologique peut être de sens polynucléaire, comme dans un cas qu'a bien voulu nous communiquer M. Solcard, chirurgien en chef de la marine. Le Professeur Giraud pense que le sens de la formule n'est pas aussi communément lymphocytaire que dans la pleurésie séro-fibrineuse.

2. *Inoculation du liquide au cobaye.* — Tout le monde est d'accord pour dire que si l'inoculation, lorsqu'elle est positive, est un élément important de diagnostic étiologique, sa négativité ne prouve rien et n'élimine pas sûrement l'origine bacillaire de l'épanchement. Ceci est vrai pour le péritoine comme pour la plèvre, car il faut une certaine quantité de bacilles de Koch pour tuberculiser le cobaye.

b) MÉTHODES INDIRECTES.

La déviation du complément, le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, le pouvoir bactéricide du sérum de Paul Courmont, la vitesse de sédimentation des globules rouges, la sérofloculation de Vernes, la culture des humeurs et des épanchements sur milieu de Lœwenstein, mise à part la plus simple comme une des plus anciennes de ces méthodes, la cuti-réaction de von Pirquet, constituent par leur association un précieux « clavier sérologique » suivant la formule heureuse et féconde de Paul Courmont.

Pour des raisons de facilités ou de possibilités, nous n'avons utilisé que les épreuves à la tuberculine, la vitesse de sédimentation et la sérofloculation de Vernes à la résorcine. Nous regrettons que pour des raisons matérielles et techniques nous n'ayons pas pu pratiquer le séro-diagnostic tuberculeux d'Arloing et Courmont. Courmont a montré récemment qu'il existait des cas où la cuti-réaction était négative soit en période d'anté-allergie normale ou prolongée, soit des cas d'anergie inexplicable, où le séro-diagnostic fortement positif avait permis d'orienter vers une origine bacillaire.

1. *La cuti-réaction.* — M. Imbert a consigné dans quelques publications antérieures (Imbert et Martinon : Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 15 juin 1937), les services rendus par la cuti-réaction dans l'étude des tuberculoses externes. Cette épreuve est en effet trop souvent négligée sous prétexte que sa

positivité ne prouve rien et que ses résultats sont inconstants ; cette affirmation avait autrefois sa valeur. Des statistiques nombreuses et récentes prouvent au contraire que les limites de l'établissement de l'allergie ont considérablement reculé et, comme le plus souvent la péritonite tuberculeuse survient à un moment d'allergie maximum, la constatation d'une cuti négative laisse planer un doute sérieux sur le diagnostic de tuberculose péritonéale. Cette notion souffre peu d'exception dans la période évolutive, à plus forte raison dans les débuts de la péritonite. Nous disons bien cuti-réaction et non intra-dermo-réaction, et le plus souvent même il suffit d'une seule épreuve, plus rarement il faudra la répéter deux ou trois fois.

S'il est nécessaire, pour obtenir une réponse positive, de recourir à l'intra-dermo-réaction, malgré cette allergie faible mais existante, il faudra reconsidérer de très près le diagnostic.

Nous donnons la préférence à la percuti-réaction de Moro et Hamburger, de valeur sensiblement égale à la cuti-réaction, à une ou deux divergences sur cent, mais qui se recommande surtout par la facilité de son application et la commodité de sa lecture.

A la suite de MM. Bertoye et Mouriquand, M. Imbert en a étudié les avantages (Imbert, Kohler et Jacques : Société des Hôpitaux de Lyon ; Imbert, Rousseva et Kohler : Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 15 juin 1937), et nous avons continué ces recherches chez les malades entrés à l'hôpital depuis ce rapport. Sur 166 péritonites, nous avons observé

1 cas de péritonite caséeuse, à point de départ pelvien, chez une tuberculeuse pulmonaire où la cuti-réaction était négative à plusieurs reprises ; mais au cours d'une rechute ultérieure, elle s'est positivée (on sait d'ailleurs que l'allergie est moins évidente au cours du tertiarisme).

Un autre cas de péritonite tuberculeuse caséeuse évolutive, chez un garçon de 16 ans, avec cuti et percuti négatives.

Dans 10 autres cas de percuti négative, il s'agissait : 6 fois de formes à aspect non évolutif, paraissant stabilisées et très loin de la date de début, et 2 fois de formes où le diagnostic uniquement chirurgical (granulations simples à l'intervention), remontait à plusieurs mois. (Aussi bien, si nous disons que la cuti-réaction est pratiquement toujours positive au cours de l'évolution, nous savons qu'elle peut être négative, quand cette évolution est terminée).

Mentionnons deux exceptions plus caractérisées : dans l'une, chez un garçon de 17 ans, cuti négative 4 mois seulement après une intervention au cours de laquelle le Docteur Kocher, de Valence, nous a précisé avoir constaté « 2 verres d'ascite et de granulations cæcales, avec appendice sain ».

Dans l'autre, cuti et percuti négatives chez un garçon de 20 ans : syndrome de Fernet-Bouland, opéré quatre mois avant, avec petite fistulette de la paroi, à l'entrée.

Nous n'avons pas rencontré de cuti négative au cours de formes ascitiques en évolution.

Cependant M. Rollier nous a écrit avoir constaté

2 ascites tuberculeuses à cuti négative, sur plusieurs centaines de cas.

La négativité de la cuti-réaction est donc possible, plus fréquemment dans les péritonites que dans les autres manifestations extra-pulmonaires de la tuberculose, puisque nous avons constaté cette anergie 12 fois sur 166 cas de péritonites tuberculeuses probables, soit 7,2 %, alors qu'au cours des tuberculoses ostéo-articulaires ce pourcentage n'est que de 1,10 %.

Nous n'avons pas retenu les observations où les cutis étaient négatives, mais où le diagnostic ne pouvait être valablement affirmé, et l'on sait combien cette éventualité est fréquente dans les formes étiquetées « sèches » ou « plastiques », sans constatations opératoires.

2. Etude de la vitesse de sédimentation. — Il s'agit là d'une réaction d'évolution ayant une valeur pronostique certaine, mais à courte échéance.

Au point de vue diagnostic, on peut en déduire quelques probabilités seulement, et dans des cas bien particuliers. Au point de vue évolution, au contraire, si les chiffres de sédimentation sont constamment élevés, les épreuves s'échelonnant sur plusieurs mois, on peut déduire que l'affection est en activité, sans que le taux de ce chiffre puisse préciser l'importance ni la durée de l'évolution. Si, après plusieurs chiffres élevés, la vitesse de sédimentation baisse nettement, on ne doit pas se hâter de conclure ; on attendra quelques mois, pendant lesquels on refera plusieurs prises de sang. Si la vitesse de sédimentation se main-

tient basse, il y a toute chance pour que l'évolution soit terminée ; mais il ne faut considérer que la courbe, car si l'on interprète un chiffre isolé on s'expose à des erreurs : témoin ce malade qui de 40 était tombé à 10, et qui, un mois plus tard, fit une pleurésie séro-fibrineuse, avec réveil de syndrome péritonéal. Il faut se méfier enfin, chez des femmes pour lesquelles l'évolution de la péritonite généralisée est terminée, lorsque le taux de sédimentation se maintient élevé, de l'évolution locale d'une tuberculose annexielle.

Si dans un grand nombre de cas la vitesse de sédimentation est parallèle à l'évolution clinique de la péritonite surtout dans les formes ascitiques et caséuses, il y a cependant des surprises où les chiffres sont paradoxaux :

Premier cas : un garçon de 16 ans, péritonite caséuse avec volumineux gâteau, ayant une sédimentation de 10 %, Vernes : 42.

Deuxième cas : une femme de 29 ans, péritonite caséuse succédant à une forme ascitique, a une sédimentation de 7 %, inchangée à deux mois d'intervalle.

Mais c'est surtout dans les formes sèches et granuleuses que la sédimentation reste dans des limites imprécises.

Avec toutes ces imperfections, cette épreuve, quand on en connaît bien les défaillances, est donc susceptibles d'apporter des renseignements intéressants à un observateur averti, dans l'évolution de la péritonite tuberculeuse.

3. *Séroflocculation de Vernes*. — Nous la pratiquons en même temps que la sédimentation ; c'est une réaction d'évolution, mais beaucoup moins sensible que la vitesse de sédimentation : c'est ainsi que nous avons pu observer des péritonites nettement évolutives avec une vitesse de sédimentation élevée, chez lesquelles le Vernes restait au-dessous de 20. Mais, si cette différence de sensibilité enlève de la valeur aux chiffres inférieurs qui ne prouvent rien, lorsque le taux est élevé, l'indication pronostique et surtout évolutive est d'une qualité certainement supérieure et, nous semble-t-il, à échéance plus lointaine : nous avons noté un cas de malade paraissant stabilisé où la courbe de sédimentation rejoignait la normale, mais où le chiffre de Vernes persistant élevé aurait dû nous faire prévoir une reprise évolutive ou l'apparition d'une autre lésion — ce qui s'est produit : le malade, un mois après, a fait une pleurésie. Chez le garçon de 16 ans, cité précédemment, le Vernes (42) a raison sur la sédimentation (10 %).

Dans ce modeste « clavier », le clinicien trouvera souvent la confirmation en chiffres mesurables de ses impressions cliniques et parfois au contraire des précisions que la seule clinique ne pouvait lui donner, l'obligeant même, dans certain cas, à reconsidérer sérieusement ses conclusions diagnostiques et évolutives.

Mais en définitive, étant donné la pauvreté clinique de certaines péritonites et la défaillance possible des épreuves biologiques, en fin de compte, s'il s'agit de fixer la durée de la cure et du traitement, il nous

semble plus prudent, une fois le diagnostic porté, de s'en tenir à une ligne de conduite systématique, d'effectuer une cure aveugle, car rien ne permet de faire avec certitude un pronostic évolutif.

II. Polymorphisme Évolutif des Péritonites Tuberculeuses

Sans prétendre décrire l'évolution des péritonites tuberculeuses, nous voudrions seulement insister sur le fait qu'à côté du polymorphisme des aspects cliniques de la maladie, le polymorphisme évolutif n'est pas moins évident.

Il est bien établi que la forme ascitique est souvent spontanément et totalement curable, et que les formes caséuses, au contraire, si elles sont susceptibles de guérison, sont beaucoup plus graves, d'évolution plus longue et plus compliquée ; entre les deux extrêmes s'inscrivent tous les intermédiaires.

Quelle que soit la forme clinique, l'évolution peut se montrer rebelle pendant des mois et des années — persistance indéfinie ou reproduction régulière de l'ascite ponctionnée (dans ces cas surtout se méfier des erreurs de diagnostic), persistance des gâteaux.

D'autres fois, ce sont des formes à rechute : guérison momentanée puis reprise évolutive quelques semaines ou quelques mois plus tard, qu'il s'agisse d'ascite à répétition ou de poussée congestive fébrile et douloureuse au cours d'une forme cliniquement sèche (19 cas dans notre statistique : 8 de 3 à 6 ans,

11 de 6 à 10 ans, après la première atteinte). C'est enfin l'éventualité de transformation d'une forme à une autre, bien que, dans la majorité des cas (moins du reste chez l'adulte que chez l'enfant) la péritonite garde, durant le cours de son évolution, une prédominance anatomique que lui imprime son caractère clinique.

a) *Evolution d'une forme ascitique vers la forme caséuse.* — Bastide et Ravault ne l'ont pas constatée ; Jaubert ne l'a jamais rencontrée, « parce que cette forme est guérie par la cure hélio-marine ». Santy a observé des péritonites caséuses qui semblaient avoir fait une ascite antérieure. Vial croit qu'il s'agit de stades d'évolution successifs d'une même maladie. D'autres enfin ont noté cette transformation dans la proportion suivante : Cappelle : 36 sur 356 ; Galland : 4 sur 12, et Zanoli : 88 sur 255.

Cette évolution nous paraît difficile à apprécier chaque fois où il faut faire appel à la mémoire du malade et nous n'avons pu retenir que 6 cas de cette transformation — soit que nous l'ayons constatée, soit que nous ayons eu des renseignements du médecin traitant. M. Dufourt l'a notée 1 fois sur 6 ou 7 cas. Pour M. Rollier d'ailleurs, ces formes sont anatomiquement intriquées, et cliniquement, leur note prédominante peut varier suivant le moment de leur évolution.

b) *Quant à la transformation en forme fibro-adhésive*, Girbal pense que souvent il s'agit d'évolution évidente et non d'une cicatrice. Jaubert ne l'a jamais

observée. Bastide en trouve 3 sur 40. Santy, 3 sur 49 ; Zanolì, 35 sur 255.

L'évolution fibreuse ou plastique appartient évidemment à toutes les formes, mais elle semble moins fréquente qu'on ne craint habituellement — nous disons évolution fibreuse ou plastique pour marquer qu'il s'agit bien plus souvent d'un processus évolutif que cicatriciel.

c) *La tuberculose résiduelle des organes intra-péritonéaux* survit très souvent à la guérison rapide de la péritonite généralisée, qui n'est alors qu'une guérison bien relative et sujette à rechute, puisqu'il persiste un foyer infectieux intra-péritonéal sous forme d'appendicite chronique, d'entérite tuberculeuse ou de salpingite.

d) *Les séquelles chroniques de la péritonite tuberculeuse* : Il s'agit d'une catégorie de malades, plus nombreux qu'on ne l'a dit, qui restent des infirmes digestifs ou génitaux. Quand l'évolution sera terminée depuis longtemps, que la cure héliο-marine reste inefficace, il est à craindre que l'on soit en présence de séquelles chroniques. Ces malades renoncent un jour à la cure, et on les retrouve en clientèle de ville, souffrant de troubles génitaux, de douleurs abdominales, d'état nauséeux, d'intolérances digestives nombreuses, de maux de tête, et présentant un déséquilibre neuro-végétatif plus ou moins marqué.

Mais dans cette évolution, l'état local n'est pas tout ; si le malade a fait une péritonite, c'est qu'il existait ailleurs un foyer d'où a essaimé le bacille,

et d'où peuvent naître d'autres manifestations. C'est cette évolution à distance que nous allons envisager dans le paragraphe suivant.

III. Evolution à Distance de la Péritonite Tuberculeuse

a) *Apparition de tuberculoses externes consécutives à la péritonite.* — Mettant à part les pleurésies intriquées ou suivant de près les péritonites, chez nos malades, nous notons, dans les trois années qui ont suivi la guérison : 1 pleurésie deux ans après ; 1 rhumatisme de Poncet, 1 mal de Pott, 1 tuberculose rénale, 1 ostéite costale, soit : 4,6 %.

Chez les malades en traitement pour tuberculoses externes, nous n'avons retrouvé — mais nos observations sont loin d'être complètes à cet égard — que 22 cas de péritonites tuberculeuses sur 1.144, soit : 1,8 % — donc une très infime proportion, mais dont il faut néanmoins tenir compte dans l'évolution.

b) *Tuberculose pulmonaire consécutive à la péritonite.* — Dans un questionnaire adressé à plusieurs médecins avant l'établissement du rapport au Congrès de Thalassothérapie, il avait été posé deux questions :

Première question : La péritonite tuberculeuse est-elle souvent suivie à plus ou moins longue échéance d'une tuberculose pulmonaire ?

Bonnamour nous dit : « bien souvent dans la clientèle hospitalière » ; Mouchet : quelquefois ; Nobé-

court et Briskas : 3 sur 53 dans les limites de l'observation ; Rollier : non, de même pour Bastide et Jaubert ; pour Ravault : « c'est possible si la péritonite est mal traitée ». Il en connaît 14 cas à échéance assez proche.

Deuxième question : La péritonite tuberculeuse peut-elle se trouver dans les antécédents des tuberculeux pulmonaires ?

Cappelle, Mouchet, Nobécourt et Briskas : non ; Bastide et Ravault : pas très souvent ; pour Rollier et Santy : « non, c'est plutôt l'inverse qui s'observe ».

Cette rareté de la péritonite chez les tuberculeux pulmonaires est encore confirmée par quelques auteurs cités dans la thèse de Brody : Rist pense qu'elle est rarissime ; Pissavy ne la rencontre que très exceptionnellement sur 20.000 dossiers ; Jacquerot ne voit jamais de péritonite chez ses pulmonaires (ce dernier auteur conclut que cette constatation prouve que la péritonite est généralement primitive et guérit la plupart du temps sans aboutir à la tuberculose pulmonaire). Enfin Brody, sur 180 malades, ne trouve que 2 antécédents péritonéaux. Pour nous, dans 3 cas sur 166, la péritonite tuberculeuse a été suivie d'une tuberculose pulmonaire dans les trois ans qui ont suivi leur sortie de l'Hôpital Hélio-Marin. Dans 4 autres cas, la péritonite tuberculeuse a précédé la tuberculose pulmonaire et les sujets sont rentrés chez nous porteurs de ces deux manifestations. Ce qui fait 7 cas à notre connaissance où la péritonite a été suivie de tuberculose pulmonaire.

Donc, dans l'état actuel de nos possibilités statis-

tiques, on peut conclure qu'une minorité de péritonites tuberculeuses se complique de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose ostéo-articulaire, mais que l'on doit songer cependant à cette possibilité dans l'évolution éloignée des péritonites, sans parler de l'éventualité toujours à craindre de généralisation.

Au cours de ces considérations cliniques et évolutives, nous avons voulu insister sur le polymorphisme de la maladie, la multiplicité des modalités évolutives, et répéter que, si la lésion locale était de première importance, l'existence du foyer infectieux primitif, réservoir de bacilles de Koch, les modifications en rapport avec ce foyer, les possibilités de dissémination ultérieure, devaient être considérées avec la même attention. Nous allons retrouver toutes ces notions en étudiant la thérapeutique des péritonites tuberculeuses et ses résultats.

CHAPITRE III

THÉRAPEUTIQUE DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES

Nous envisagerons successivement : la chirurgie des péritonites ; les médicaments ; les agents physiques ; réservant la plus grande place à ce qui est de notre pratique quotidienne : la thérapeutique climatique et solaire — et surtout : la cure hélio-marine.

I. Chirurgie et Péritonites Tuberculeuses

Sur nos 166 malades, 117 ont été opérés. Etudions les conditions dans lesquelles ces opérations ont été faites et les résultats obtenus :

Constatons tout d'abord que dans 76 % des cas environ (89 sur 117 opérés) les interventions n'avaient pas pour but de traiter une tuberculose péritonéale — le diagnostic fut au contraire une découverte opératoire — 63 fois au moins, l'intervention fut pratiquée d'urgence ; aucune discussion n'était de mise et l'hy-

pothèse d'une origine tuberculeuse eut-elle été soulevée qu'elle n'aurait rien changé à la décision opératoire. Ceci dit, voyons les opérations :

59 interventions pour syndrome appendiculaire (10 fistules, 1 occlusion, 1 subocclusion).

31 laparotomies exploratrices (12 fistules et 1 occlusion ; dans plusieurs cas l'opération avait un but curateur de la péritonite). Ce type d'opération semble être le plus grave au cours des péritonites tuberculeuses. — 9 interventions pour syndrome annexiel (3 fistules). — 6 hystérectomies (3 fistules, 2 suites graves et 1 résultat parfait). — 5 interventions pour syndrome de péritonite aiguë (2 fistules). — 1 intervention motivée par une forme rebelle aux R. U. V. (suites graves). — 1 intervention pour hernie inguinale (fistule). — 1 intervention pour séquelles douloureuses de péritonite tuberculeuse (Leriche pratique une résection du plexus hypogastrique). — 4 opérations pour occlusion ; 3 d'entre elles étaient consécutives à une intervention antérieure.

Une trentaine d'opérations étaient motivées par un autre diagnostic, ou avaient un but de vérification. Enfin dans 20 à 25 % de cas, on se proposait de traiter chirurgicalement la péritonite tuberculeuse, mais ce chiffre même nous semble devoir être réduit, car dans plusieurs cas nous manquons de donnée certaine quant aux intentions du chirurgien.

Voyons les résultats de l'ensemble de ces 117 opérations :

Résultats satisfaisants : 16 (13,67 %) ; résultats indifférents : 60 (51 %) ; résultats mauvais : 41 (35 %).

Dans les résultats satisfaisants, nous comprenons non seulement les cas où l'intervention a fait disparaître un symptôme ou arrêté l'évolution locale, mais aussi les cas où le résultat heureux de l'opération n'a pas empêché ultérieurement des récidives ou d'autres manifestations tuberculeuses : ex. : B... Elisabeth subit, en juin 1936, une laparotomie pour péritonite ascitique : l'ascite disparaît et la malade va bien. Dix mois après, elle fait une pleurésie séro-fibrineuse (moralité : il faut une cure aveugle pour terrain et manifestations ultérieures).

Par résultats indifférents, nous comprenons les cas où l'opération a été sans effets tant sur les symptômes que sur l'évolution, tout en paraissant inoffensive : ex. : G... Georgette faite une péritonite ascitique en juin 1938, on intervient et l'on retire deux litres de liquide. Trois mois après, elle entre à l'hélio-marin, avec un état général extrêmement médiocre, et un ventre ballonné avec un peu d'ascite.

Dans le paragraphe des mauvais résultats rentrent 33 cas où une ou plusieurs fistules ont évolué des mois et des années — 6 cas d'occlusion — 2 cas d'aggravation générale et locale. Nous déplorons enfin, dans ce paragraphe, 6 décès (le total de nos décès étant 9).

C'est dans la forme caséuse que l'intervention a fait le plus de dégâts : 41 interventions=24 complications, alors que 60 interventions dans les formes ascitiques, sèches et granuleuses, n'ont eu que 16 résultats mauvais.

Ces constatations montrent pourquoi, à notre sens,

on ne peut plus continuer à écrire : « du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse », mais qu'il faut poser la question sur un autre plan et envisager « les rapports de la chirurgie avec les péritonites tuberculeuses », distinguant ainsi entre les *indications de nécessité* et les *indications dites de choix*.

Voici tout d'abord l'opinion de quelques médecins et chirurgiens :

Dans les formes ascitiques. — Certains opèrent systématiquement, ce sont Cordier et Lagèse, Maffei et Blankoff (le plus tôt possible), Michon et Mouchet.

D'autres sont opposés à cette opération de principe : Bérard, Bonnamour, Cappelle, Cotte, Coureaud, Dufourt, Froyez et Galland, Despeignes, Haene, Giraud, Martin du Pan, Nové-Josserand (« on ne les montre plus guère au chirurgien qu'en cas de complications »), Nobécourt et Briskas, Zaloni et Scotti, et Rollier.

Dans les formes ascitiques rebelles : Bastide, Cade, Martin du Pan, Cotte « pour éviter l'évolution ulcéro-caséuse ».

Dans les formes caséuses. — Bastide opère et pratique « l'exérèse après stabilisation dans les formes fibro-caséuses localisées ».

Tous enfin sont d'accord pour signaler la nécessité de l'intervention dans les syndromes abdominaux aigus, ou lorsqu'en face de l'hypothèse de la péritonite tuberculeuse se pose une autre hypothèse nécessitant la laparotomie.

Le Professeur Bérard, enfin, a bien voulu nous exposer longuement son opinion, et comment, après

avoir été largement interventionniste à l'origine, il est actuellement, sauf nécessité, d'une prudence extrême lorsque le diagnostic de péritonite tuberculeuse a été porté. Même en présence d'un syndrome occlusif, il observe le plus longtemps possible l'expectative armée, en raison de la résolution spontanée, toujours possible, et de la haute gravité au contraire de l'opération ; s'il a la main forcée, en présence d'un syndrome occlusif, et qu'après l'ouverture du ventre il constate des adhérences nombreuses, si les obstacles sont multiples, il ne tente pas la libération des anses, et se contente d'une iléostomie avec fermeture immédiate sur la sonde. Il est à ce propos curieux de voir deux hommes, les Professeurs Bérard et Rollier, ayant eu des opinions si différentes au début de leur carrière, se rapprocher sans réserve dans leur maturité.

Voici comment se pose, à notre avis, la question des rapports de la chirurgie avec la péritonite tuberculeuse :

Rapports obligatoires de la chirurgie et des péritonites tuberculeuses. — On n'empêchera pas un nombre imposant de malades (69,9 % dans notre statistique) de tomber presque obligatoirement sous le coup d'une intervention et l'on ne prévoit pas qu'il soit un jour possible d'évincer définitivement la chirurgie du domaine de la péritonite tuberculeuse — il ne s'agit plus de maladie, mais de syndromes : appendicite aiguë, péritonite aiguë, occlusion. Et si même l'avenir nous permettait de rattacher ces syndromes à leur origine véritable, l'intervention s'imposerait

encore, la péritonite pouvant se compliquer d'appendicite, d'occlusion ou même de perforation — l'indication dans ces cas domine le diagnostic. D'autres fois l'aspect clinique oriente vers une lésion différente de la péritonite tuberculeuse : il peut s'agir encore de cas d'urgence où l'on pense à une complication aiguë sur des lésions annexielles (qu'il s'agisse de kyste, de fibrome, d'annexite ou de grossesse tubaire), à une cholécystite suppurée ou une pancréatite, etc...

Enfin, dans un dernier ordre de faits, l'opération paraît indiquée pour un kyste de l'ovaire, une annexite, un ulcère gastrique ou une cholécystite — et l'on constate l'erreur à l'ouverture. Si même dans cette dernière catégorie, on avait envisagé l'hypothèse de péritonite — en l'absence de certitude, il fallait opérer dans un but de vérification. C'est à ce même chapitre qu'il faut joindre les cas d'ascites rebelles au traitement médical, pour lesquelles l'intervention, si elle n'est pas toujours bienfaisante, est indiquée pour vérifier le bien fondé du diagnostic et l'origine.

L'opération est-elle indiquée dans un but de traiter une péritonite tuberculeuse non compliquée ? Nos statistiques nous font rejeter l'intervention de principe, considérée comme une indication de choix dans les péritonites tuberculeuses non compliquées. Même dans les cas, rares d'ailleurs, où une guérison locale s'obtient, le malade ne sera pas à l'abri des rechutes ou d'autres manifestations tuberculeuses ultérieures.

Nous avons cité un exemple, nous en possédons d'autres.

Quant à ce que nous appellerons la *chirurgie des séquelles*, elle sort du cadre même de notre étude. Il faut toutefois être certain de la non évolutivité de la péritonite — ce qui est souvent difficile.

Cette intervention, une fois indiquée, sera pratiquée avec plus de bénéfice au sanatorium même.

II. Traitement Médical

A. — TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE ET MÉDICAMENTEUX.

Les prescriptions hygiéno-diététiques constituent l'élément primordial de la lutte contre toute manifestation tuberculeuse.

1. *Le repos*, d'abord absolu, puis relatif, est indiqué au point de vue général et local. Absolu, il s'impose évidemment dans les premières semaines chez un sujet fébricitant, amoindri dans ses résistances. Au point de vue local, son rôle est ainsi précisé par Savy : « L'immobilisation du péritoine est aussi nécessaire que l'immobilisation des articulations et du poumon atteints de lésions tuberculeuses ».

Il vaut mieux éviter les lits trop bien suspendus, avec matelas moelleux, préférer un matelas dur, ou mieux un cadre auquel le malade s'habitue vite, et qui détend beaucoup mieux la musculature en géné-

ral et celle de la paroi abdominale en particulier. La durée de ce repos absolu est variable ; il vaut mieux le continuer non seulement tant que durent les phénomènes généraux et thermiques, mais aussi tant que persistent un degré appréciable d'ascite, ou des gâteaux volumineux. Ce repos devient ensuite relatif ; on permettra peu à peu le lever pour la toilette, les repas, puis progressivement quelques heures par jour, en dehors des heures réglementaires nécessaires pour la cure d'insolation et de repos, qui nécessitent 4 heures en tout — y compris ou en sus, 1 heure de repos après le repas de midi pour parer aux phénomènes congestifs post-prandiaux.

Le repos absolu sera de nouveau observé au cours des rechutes, des poussées congestives douloureuses, et chez la femme pendant les règles, ou la période des règles si elles sont absentes.

Lorsqu'il n'y aura pas eu pour ainsi dire de période aiguë, que d'emblée il s'agira d'une forme sèche ou de la convalescence d'une intervention, ayant un foyer masqué de péritonite, on se trouvera bien de prescrire systématiquement quand même, 1 ou 2 mois de repos absolu ; nous prescrivons d'ailleurs un mois de lit à tous les malades qui entrent au Sanatorium, quel que soit le moment de leur évolution. Mais, pour nous, ce repos a un autre but : l'accoutumance au climat marin.

2. *L'alimentation.* — « L'exemple de l'aggravation de la tuberculose péritonéale, sous l'influence d'une diète rigoureuse, instituée pour une pseudo-entérite

ou une pseudo-typhoïde, est une preuve de l'obligation d'alimenter le malade aussi copieusement que possible » (Savy).

Cette alimentation doit être saine et normale, en dehors des cas d'espèces, qui exigent, par période, des régimes plus sévères, en raison de l'existence des troubles digestifs.

3. *L'hygiène.* — Nous n'insistons pas sur la nécessité de l'hygiène corporelle, ni sur la nécessité d'une chambre vaste et claire, où rentrent à profusion l'air et la lumière — conditions habituellement réunies dans les hôpitaux modernes, où il faudra transporter les malades habitant des logis insalubres, surpeuplés, voire de véritables taudis — et ce sera le premier pas de la thérapeutique climatique. Car le départ vers un climat plus favorable ne doit pas être prescrit dans les deux premiers mois d'installation d'une forme ascitique ou caséuse — outre que la fatigue d'un long voyage qui n'est pas négligeable, il vaut mieux éviter ce que le Professeur Aimes appelle « le choc climatique » dans la période instable du début.

4. *Les médicaments.* — En principe il faut être sobre de médicaments. Eviter d'entraîner des phénomènes congestifs ou des troubles digestifs. C'est pourquoi, à l'iode, à l'arsenic, nous préférons des médications apéritives, en raison surtout de leur saveur, comme les teintures de quinquina, de kola, de gentiane.

5. *Médications dites récalcifiantes.* — Nous attachons plus d'importance aux injections de calcium, donnant la préférence au gluconate de Ca par voie intraveineuse (10 cc. de solution à 10 %). Il nous semble relever l'état général, améliorer la courbe thermique, agir sur le spasme = atténuer les douleurs abdominales et les spasmes intestinaux ; agir sur le système nerveux en général = calmer le névrosisme et l'insomnie. Cappelle lui note un rôle diurétique dans les péritonites évolutives à diurèse insuffisante.

Nous prescrivons ces injections systématiquement au cours des poussées thermiques, dans les débuts de la forme ascitique où nous les renouvelons par série tant que dure la présence du liquide, dans les sub-occlusions chroniques, et en général, chaque fois que l'état général tarde à s'améliorer. Nous avons également utilisé dans ce but les préparations de choline et de cinaméine ; nous n'avons l'expérience que de leur association, et nous avons remarqué, sous leur influence, un redressement de l'état général.

6. *Les sels d'or.* — Nous n'utilisons pas les sels d'or — l'existence de lésions ou d'inflammation intestinale, toujours possible dans la péritonite, nous paraît une contre-indication à leur emploi, en raison justement des intolérances digestives imprévisibles qu'ils peuvent entraîner. C'est l'avis formel de tous les médecins qui nous ont répondu à ce sujet.

Cependant, nous nous sommes permis de timides essais au cours des formes fibro-adhésives avec acci-

dents mécaniques, sans résultats appréciables. Pourtant, une de nos malades partie dans un état désespéré sans savoir si elle supportait le voyage, nous écrit, deux mois après, avoir pris 10 kilos et nous signale que son médecin lui a pratiqué un traitement aux sels d'or. Le résultat obtenu est-il fonction du changement et du choc climatique ou de la chimiothérapie ? il nous est difficile de le préciser, mais cette coïncidence est néanmoins à retenir.

(Ces derniers jours nous avons appris le décès de notre malade sans qu'on nous ait précisé les circonstances). De toute façon, l'orothérapie comporte des risques tels qu'on ne devra l'appliquer qu'en présence des cas présentant en eux-mêmes des risques d'ordre vital.

7. *Médication spécifiques.* — Tuberculinothérapie et antigène méthyliques : nous n'avons pas l'expérience de ces deux modes de traitement. Nous avouons avoir une certaine appréhension à leur égard, peut-être injuste en ce qui concerne l'antigène qui semble inoffensif ; mais surtout jusqu'à présent aucune publication concluante ne nous a encouragé à y avoir recours dans la péritonite.

Le sérum de Jousset a plus de partisans. Mais on sait la susceptibilité des tuberculoses en général à l'introduction d'albumines étrangères ; il faudrait des milliers d'observations pour juger des risques d'aggravation ou de généralisation et, eu égard même aux seuls accidents sériques, si minime soit le risque, nous préférons ne pas le courir dans les formes sou-

vent curables, auxquelles s'adresse surtout cette thérapeutique.

Malgré ces considérations de prudence, il nous a été donné de voir des cas heureux où cette médication a eu un effet favorable. C'est le cas d'un jeune malade observé par le Docteur Imbert dans le service du Docteur Bouchut où une ascite rebelle fut asséchée à la suite de cette sérothérapie. C'est encore un cas récent observé par le Docteur Janin de Toulon, où une ascite importante disparut après le sérum de Jousset ; ce qui n'empêche pas d'ailleurs la maladie d'évoluer avec constitution des gâteaux péritonéaux importants.

8. — Plus récemment, à la suite de travaux concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire par la vitamine C, nous avons pratiqué des injections de *vitascorbol* et de *cébion*, à 4 ou 5 malades, la plupart caséux graves, fistuleux et hautement fébriles ; nous n'avons pas noté une action immédiate (probante) et il est encore trop tôt pour savoir ce que la répétition de ce traitement donnera comme résultat à long terme.

Nous n'avons pas une expérience suffisante de pneumo-péritoine thérapeutique ; nous l'avons vu pratiquer chez deux malades par le Docteur Imbert. Ce traitement n'avait pas été appliqué dans un but curateur, mais symptomatique, pour lutter contre douleurs et vomissements. Certaines insufflations furent efficaces surtout contre les vomissements ; mais

bien entendu, nous ne pouvons apporter aucun résultat valable, éloigné ou immédiat, de cette méthode.

On a proposé récemment comme traitement de la tuberculose pulmonaire, et afin de lutter contre les poussées menstruelles, des injections de *testostérone* qui pourraient, provisoirement, supprimer le flux menstruel. Il y a peut-être là une suggestion intéressante dans le traitement de la péritonite chez la femme pour laquelle la période menstruelle est parfois très préjudiciable. Le Docteur Imbert a commencé l'étude de cette thérapeutique.

9. *Médicaments symptomatiques.* — Action adjuvante et souvent nécessaire : bismuth et opiacés (au cours des diarrhées) — laxatifs mécaniques huileux ou mucilagineux (constipation) — belladone, sérum salé hypertonique et atropine intraveineuse (complications subocclusives ou réflexes).

B. — LES AGENTS PHYSIQUES.

D'abord les plus simples comme les plus anciens : glace ou cataplasmes contre la douleur, les spasmes, les subocclusions ; la caisse chauffante de Miramont la Roquette (application la plus simple des infrarouges), qui se révèle, dans certains cas, précieuse ; nous n'avons pas l'usage de la *diathermie* ou des ondes courtes. La *radiothérapie* n'est guère employée. Pour Maffei, elle n'est pas sans danger. Bonnamour l'a utilisée une fois sans résultat. Saidman

l'emploie chez des sujets de plus de 35 ans. Pech :
« Je ne sais aucune mention des R. X que je considère comme dangereux dans toutes les tuberculoses localisées ».

Les rayons ultra-violets. — Dufourt les considère comme moins dangereux que le soleil, et les conseille. Bonnamour, Mouchet, Galland, Cappelle, Santy, Ravault et Despeignes, tout en reconnaissant leur action bienfaisante, ne les utilisent qu'à défaut du soleil. D'autres les utilisent au cours des interventions suivant la technique de Témoin. D'autres enfin, les utilisent alternés avec l'héliothérapie.

A notre avis, ils agissent dans le même sens que l'héliothérapie, et sont d'un maniement aussi délicat. Ils demandent un temps d'application plus réduit sans qu'il soit prouvé que ce soit un avantage, car ils réduisent aussi le temps du « bain d'air » qui accompagne le bain de soleil. Ils restent néanmoins un élément précieux dans le traitement de la péritonite, dans les lieux et les saisons sans soleil.

A Giens, on a établi une plage artificielle pour le traitement des malades pendant la mauvaise saison, fort réduite d'ailleurs.

Quant à l'irradiation ultra-violette, au cours de l'intervention, elle ne nous semble pas d'une efficacité appréciable et suffisante en elle-même pour justifier une laparotomie.

C. — HÉLIOTHÉRAPIE.

Le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse est assurément représenté par l'héliothérapie. L'unanimité des auteurs se fait sur la nécessité de ce traitement.

Plusieurs exigent une grande prudence (Nobécourt, Santy et Savy) ; certains préfèrent l'irradiation locale (Ravault et Dufourt). Ce dernier estime l'héliothérapie généralisée dangereuse et que, même localisée, elle exige une prudence extrême.

Bastide utilise l'héliothérapie à foyer couvert dans les cas de fistules (pour éviter, croyons-nous, la fermeture superficielle et la rétention consécutive) ; en contrepartie, le Professeur Savy se demande si, à Lyon, l'héliothérapie ne peut pas être appliquée même aux formes fébriles, qui se prolongent, en observant une progression prudente, spéciale, de 2 en 2 minutes.

Nous ne reviendrons point, dans cette étude consacrée à la péritonite tuberculeuse, sur l'historique même de la cure solaire. Qu'il nous suffise de rappeler les noms de Bonnet, Ollier, Poncet et Leriche, qui en furent les grands promoteurs à Lyon.

L'enseignement de l'Ecole lyonnaise eut une double répercussion : en Méditerranée et à l'altitude.

En Méditerranée, citons Vidal, Jaubert, Pascal, de Cannes ; de Malgat, d'Ælsnitz, de Nice ; d'Armand Delille, Vignard, Aimes.

A l'altitude, il faut citer les noms de Bernard de

Samaden et surtout de Rollier de Leysin. Apôtre de l'héliothérapie, organisateur de génie, Rollier montre ce que peuvent donner en montagne, des cures bien conduites, soigneusement surveillées, chez des péritonites tuberculeuses.

Cappelle à Odeillo, Bastide, Zanoni.

L'héliothérapie est pratiquée à l'Interdépartemental d'Hyères suivant les techniques et la méthode de Rollier, adaptées au climat marin.

Le schéma de Rollier, ainsi qu'il nous l'enseigne lui-même, mérite d'être un peu modifié pour les péritonites : il n'est pas possible, pour celles-ci, d'atteindre avec la même rapidité, des fortes doses, sous peine de poussées congestives au niveau du péritoine. L'héliothérapie portera en majeure partie et pendant longtemps, uniquement sur les membres inférieurs, sorte d'héliothérapie à foyer couvert ; peu à peu, au cours des séances, on exposera l'abdomen quelques minutes de plus chaque jour, pour arriver à une proportion d'un quart d'heure d'insolation totale par heure, mais en terminant toujours par les extrémités inférieures. C'est « l'héliothérapie de dérivation » qui décongestionne les organes abdominaux, tout en agissant sur l'état général.

Ce n'est qu'après plusieurs mois de cure, et si le soleil est bien toléré, qu'on peut continuer à augmenter les doses et à insoler tout le corps, mais toujours avec prédominance du côté dorsal sur le côté ventral.

Si certains malades supportent bien des cures assez longues et en tirent le plus grand profit, d'autres, au

contraire, manifestent, dans les débuts surtout, quelques signes d'intolérance ; comme le fait Rollier, on laissera ces malades souvent, durant 15 jours à 3 semaines, à l'abri du soleil, supprimant parfois définitivement la cure solaire et laissant uniquement agir la cure d'air et les facteurs d'ordre climatique. C'est souvent en procédant ainsi qu'on obtient les plus heureux succès dans les formes fébricitantes ou instables.

Brody, pour éviter la sursaturation, surtout dans les mois d'été, pratique systématiquement « l'héliothérapie discontinue », sorte de « cure à éclipse » qu'en montagne la nature se charge d'accomplir, mais qu'on utilise avec profit en Méditerranée ; les effets d'un médicament continué sans arrêt s'épuisent à la longue. C'est une loi de thérapeutique générale, à laquelle n'échappe pas le soleil.

L'héliothérapie, comme la langue dont parlait Esope, peut donc être « à la fois la meilleure et la pire des choses » ; le tout est de savoir s'en servir ; il faut suivre ses malades matin et soir et être attentif aux moindres de leurs réactions : une poussée congestive douloureuse, un écart thermique, un peu d'amaigrissement ou d'inappétence, sont les signes qui doivent faire modifier la posologie de la cure solaire ; ce sont les données cliniques qui nous permettent de mesurer l'opportunité et la durée de l'exposition solaire de chaque malade ; il n'y a pas de loi générale, mais des règles individuelles, qui empêcheront longtemps de codifier l'héliothérapie de façon précise. A ce propos, il serait bon de pouvoir préciser des doses de soleil. Il est évident que l'hélio-

mètre enregistreur rendrait plus sensibles et objectifs les résultats des expériences. C'est d'après ces idées de mensuration, de dosage précis et d'utilisation scientifique des rayons solaires, que Saidman a récemment établi les données de base de ses travaux : l'unité quantitative de rayons remplace l'unité de temps de Rollier.

D'autre part, cet auteur fait de l'héliothérapie filtrée, concentrée et perpendiculaire au corps du malade, au moyen de grands concentrateurs à prismes de formes variables.

Cette méthode semble avoir donné à son auteur de très bons résultats dans le traitement des péritonites tuberculeuses, ainsi qu'il en ressort de ses statistiques. On l'emploie depuis quelque temps à l'Hôpital Interdépartemental, mais nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir une opinion sur cette question. En tout cas, si l'on arrive, par ces techniques, à réduire le temps nécessaire à l'absorption d'une dose suffisante de rayons solaires, elles ne permettront jamais de négliger l'importance du repos prolongé, le corps dévêtu sur la galerie de cure — il est impossible de séparer complètement les effets du bain de soleil et ceux du bain d'air — et l'on ne peut étudier le rôle du soleil, ses dangers, ses indications et contre-indications, que par rapport à un climat déterminé ; enfin la guérison n'est peut-être pas fonction de l'intensité de la dose de rayons appliqués dans un minimum de temps.

Climatothérapie.

Quel climat doit-on choisir aux péritonites ? Les uns préfèrent la montagne, d'autres la mer, d'autres enfin, la plaine.

On a pu dire qu'il n'y avait pas de bons climats, mais de mauvais climats — c'est un paradoxe qui a quelque véracité à propos de la péritonite tuberculeuse — les mauvais climats étant d'abord le logis insalubre, puis l'agglomération urbaine, et les séjours mal abrités des vents, sujets aux brouillards, et où, pour des raisons géographiques, les intempéries, constituées souvent par le froid et la pluie, sont à l'état endémique. Mais, par contre, le bon climat est celui où, bien abrité des vents, le malade pourra bénéficier au maximum de l'air pur et de la lumière; cela est possible à la plaine et, dans ce cas, nos péritonéaux y seront soignés avec profit par l'héliothérapie.

Mais c'est à la montagne et à la mer que les conditions les plus favorables seront réalisées au maximum. Nous ne voulons pas opposer la montagne à la mer, et s'il fallait préciser les grandes lignes générales du traitement climatique de cette maladie, on pourrait dire que :

La majorité des péritonites guérissent à la mer et à la montagne.

Un certain nombre sont aussi graves à la mer qu'à la montagne.

Dans la minorité des cas restants :
quelques-uns vont mieux à la montagne qu'à la mer ;

quelques autres plus rares vont mieux à la mer qu'à la montagne.

Mais nous nous en tiendrons à l'exposé de la cure héliο-marine telle qu'on la pratique journellement à Giens-Hyères.

D. — LA CURE HÉLIO-MARINE.

1. La cure solaire est complétée, en Méditerranée, par un second élément, l'élément climatique marin, et auquel nous attachons la plus grande importance.

En effet, c'est l'influence de la climatologie marine méditerranéenne qui détermine souvent toute l'efficacité ou l'insuccès des cures solaires à Giens-Hyères ; certaines formes de péritonites guériraient très bien par le soleil seul, mais sont gênées par les influences marines ; d'autres au contraire, qui ne peuvent pas faire de soleil, guérissent uniquement par la cure d'air marin : ceci est du reste tout à fait schématique, et souvent il est fort difficile de discriminer dans les différents cas cliniques qui se présentent à nous. Dans les contre-indications, l'association climat-soleil a plus de responsabilités que le climat considéré seul, dans les accidents possibles de la cure héliο-marine ; si bien que tous les malades gardent la chambre 10 jours au minimum, avant d'aborder la galerie de cure, et, s'ils paraissent fragiles, on ne

commence le soleil qu'après plusieurs semaines d'acclimatation.

Le climat méditerranéen est doux, sédatif ; le bord de mer immédiat est quelquefois un peu congestif. La luminosité de l'atmosphère est considérable ; le soleil de la Côte d'Azur, limpide durant presque toute l'année et permettant plus de 300 jours d'insolation par an, n'est obscurci par les nuages que durant quelques semaines, surtout aux équinoxes d'automne et de printemps, qui correspondent à la saison des pluies : celles-ci se produisent souvent de façon torrentielle.

Durant tout le reste de l'année, la température, grâce au voisinage de la mer, est d'une grande régularité : les hivers ne sont jamais rigoureux et souvent très ensoleillés ; les étés ne présentent pas cette chaleur lourde et torride, caractéristique du climat continental de plaine ; l'air est toujours frais et léger, et agréable à la plupart des malades ; les températures maxima et minima à Beaulieu et à Hyères sont en décembre de 12° et de 7° ; en juin de 23°5 et de 15°5.

La station de Giens-Hyères se trouve à l'extrême sud du littoral de Provence et tandis que le climat de l'Hôpital Renée-Sabran, à Giens, est entièrement marin (puisque la presqu'île où se trouve l'hôpital reçoit les effluves de la Méditerranée sur toutes ses faces, celui d'Hyères et de ses collines avoisinantes (San Salvadour, Mont des Oiseaux, Costebelle...) est un climat plus côtier et qui subit moins directement les influences de la mer.

Les Maures et la chaîne côtière servent d'écran contre le mistral et les vents dominants, et permettent de faire de l'héliothérapie dans des conditions particulièrement favorables durant toute l'année. Dans cette région, le régime des vents a une grande importance — parmi ceux-ci nous séparons les vents nuisibles des vents utiles : les premiers sont représentés par le mistral, froid et glacé, descendant des Cévennes, et qui, surtout pendant l'hiver, peut gêner les cures, et par le vent d'est, qui s'accompagne d'un temps doux, mou et de pluie, et qui peut provoquer des poussées congestives chez les malades. Nous considérons par contre comme bienfaisante la brise du large, qui rafraîchit et purifie l'atmosphère durant l'été, et qui, chargée de fines gouttelettes arrachées à la crête des vagues, crée un milieu vital que le malade va absorber par ses voies respiratoires et ses vastes surfaces cutanées. Ce milieu, qui est l'air marin lui-même, véhicule de nombreux éléments : chlore, iode, potassium, fer, manganèse et brome, dont l'action ne peut pas être indifférente.

Ces données résumées sur le soleil, la climatologie, le régime des vents méditerranéens, conditionnent l'organisation de la cure elle-même. Tout d'abord, on ne saurait permettre la cure libre aux malades : rien n'est pire. La cure est un tout dont on ne peut rien distraire, rien préférer. Un malade indocile, logé dans des installations de fortune, mal ou trop nourri, qui fera du soleil à sa guise, trop ou trop peu, compromet sa guérison, et parfois s'aggrave, même s'il croit faire des séances régulières et précises d'hé-

liothérapie. La « cure libre » est, dans la plupart des cas, responsable des tuberculoses dites « des plages », sur laquelle M. Imbert a insisté parmi les premiers, avec M. Péhu (Péhu et Imbert: Les dangers de l'héliothérapie en Méditerranée, *Preses thermale et climatique*, 1932), et qui contribue à propager un malentendu préjudiciable.

Poussées congestives locales ou générales, apparaissent chez les malades trop sûrs d'eux-mêmes, qui ne comprennent pas que le soleil est un médicament, et croient pouvoir en absorber, d'emblée, et sans inconvénients, des doses beaucoup trop fortes. Dans de tels cas, on a rendu la Méditerranée responsable de méfaits auxquels elle n'avait rien à voir; la même conduite d'insolation intempestive sur les glaciers aurait été aussi désastreuse. Nous estimons que la cure de la péritonite tuberculeuse, qui est peut-être la plus délicate des localisations extra-pulmonaires à traiter, ne peut se faire que sous forme de cure surveillée et au sanatorium.

Au sanatorium, l'outil indispensable à l'héliothérapie est la galerie de cure. Un hôpital sans galerie de cure est un mauvais hôpital.

Enfin, doit-on avoir des solariums et comment les concevoir ? A notre avis, le solarium est très utile, il doit se trouver placé au dernier étage de l'hôpital de cure, être très protégé de tous les vents dominants, et réaliser une véritable serre pour permettre l'héliothérapie aux malades les plus délicats, même par les moins beaux jours de l'hiver.

Pour l'héliothérapie, la posologie est ici plus déli-

cate qu'à la montagne ; nous nous servons du schéma de Rollier, *mais il faut le réviser constamment*, non seulement suivant les malades mais encore suivant les saisons et même les jours ; on ne saurait comparer le rayonnement solaire de décembre à celui du mois d'août : en hiver, nous pratiquons couramment deux heures d'héliothérapie, en général entre 10 heures et midi ; mais ces heures ne sauraient être fixées ; il faut choisir chaque jour le moment le plus chaud, le plus ensoleillé, un nuage obligera à recouvrir les malades, bien qu'il soit remarquable de voir se produire peu à peu une réelle adaptation au froid. En été, les séances sont beaucoup plus réduites, *ne dépassant pas une heure* et jamais pratiquées après 9 heures 30 le matin, et la surveillance est plus minutieuse ; pour beaucoup, nous prescrivons en juillet et août, *la cure d'ombre*, les malades étant nus sur la galerie abritée du soleil. Nous appliquons la « cure à foyer couvert » dans les premiers mois, puis la « cure de dérivation de Rollier » ; enfin, surtout dans les mois très ensoleillés, nous utilisons, parfois avec avantage, la cure à éclipse, « cure discontinue de Brody » en supprimant, par période, totalement l'héliothérapie.

En résumé, prudence dans les premières semaines avec étude de la tolérance du sujet ; puis progressivement, héliothérapie généralisée, d'abord à foyer couvert, puis héliothérapie de dérivation ; éventuellement cure à éclipse et cure d'ombre, constituent les grandes lignes de cette technique d'héliothérapie à la mer.

Nous ne faisons pas d'héliothérapie en cours de poussées congestives douloureuses et fébriles, au cours des règles chez les femmes. Quant aux poussées fébriles sans réaction locale on a pu dire, dans certains cas, qu'il s'agissait d'une réaction normale... Témoin peut-être d'un résultat favorable au cours de processus tuberculeux, isolés; mais fidèles à notre règle de prudence, nous ne faisons jamais de soleil à la mer, quand la température dépasse 38°.

2. Résultats de cette cure :

Qu'on nous permette de noter combien nous avons été parfois heureusement surpris par la magnifique évolution des malades même les plus graves, présentant à l'entrées abcès, fistules multiples, mauvais état général, aspect pré-cachectique, et qui firent une véritable résurrection au soleil. Sous l'influence de la cure, prudemment conduite et telle que nous l'avons indiquée, nous avons vu peu à peu ces malades reprendre de l'appétit et du poids, la température tomber progressivement; les fistules s'assécher au soleil, le ventre redevenir souple; chez les femmes à localisation pelvienne prédominante, l'examen gynécologique qui montrait souvent à l'entrée des annexes empâtées, des culs-de-sac infiltrés avec de grosses masses caséeuses, décelait en quelques semaines ou en quelques mois, une amélioration considérable, et souvent une disparition totale des masses fongueuses intra et péri-annexielles. En même temps, les malades récupéraient cette belle musculature, due pour Rollier, au rôle eutrophique de la cure solaire,

et leur peau prenait un aspect sain, velouté et devenait bien pigmentée.

La pigmentation joue-t-elle un rôle dans l'amélioration de l'état général du malade (Rollier) ? Est-elle, au contraire, un écran interposé entre les rayons et les lésions profondes, qui empêche la cure solaire (Saidman, Nogier et Brody) ? Nous l'ignorons, mais nous savons bien que le pigment, témoin de l'amélioration du terrain et de la cicatrisation des lésions, peut être considéré comme étant chez les péritonites insolées, d'un pronostic généralement favorable.

Pour quelques-uns de ces malades, il est évident que le soleil méditerranéen n'est pas vraiment indiqué. L'expérience acquise au cours de ces dernières années nous permet aujourd'hui d'affirmer que, si le soleil prudemment dosé représente l'élément de choix dans le traitement de la péritonite, chaque malade a son climat idéal qui lui est propre : celui-ci la mer, cet autre l'altitude.

L'intérêt bien compris de nos malades nous impose donc une collaboration entre la mer et la montagne, dont les vertus doivent se compléter et qu'on ne doit plus opposer, oubliant les vieilles rivalités de jadis. Bien souvent, il y aurait du reste chez le même malade, nécessité de pouvoir changer de région de façon à recevoir successivement le coup de fouet salutaire de la haute montagne, de la mer et même parfois de l'océan ; c'est au médecin à utiliser toute « la gamme du clavier climatique », en étant très au courant des indications et des contre-indications de la

cure solaire et du climat marin, que nous allons nous efforcer de schématiser.

3. — *Indications de la cure héliomarine :*

a) *Les formes ascitiques* évoluent généralement bien au soleil méditerranéen, comme à celui de la montagne. Nous estimons prudent de ne pas faire ici d'héliothérapie au début, lors de la phase d'envahissement, durant les deux premiers mois environ. Nous commençons la cure solaire au moment où la température décroît ; où l'on entre dans la phase chronique. Cela ne veut pas dire du reste que l'on ne puisse autoriser un peu de soleil, des rayons U.-V., des agents physiques à l'intérieur des terres chez ces malades, même assez précocement, si leur état général et leur courbe thermique ne s'y opposent pas.

Dans les rares formes rebelles, pour lesquelles on a préconisé la laparotomie ou un traitement radiothérapique, nous pensons qu'avec de la persévérance, l'héliothérapie donne presque toujours de bons résultats et avec moins de risques.

b) *Les formes caséuses* sont celles pour lesquelles nous devons avoir le maximum de circonspection. Ce sont les plus graves, celles où les imprudences thérapeutiques peuvent être le plus préjudiciables. C'est une surveillance de tous les instants qui est nécessaire. Nous avons vu des formes caséuses qui paraissaient en voie de stabilisation depuis de longs mois et qui ont tourné court ; une évolution grave s'étant alors manifestée de façon irrémédiable. Ceci

se voit avec ou sans traitement solaire, peut-être du simple fait des influences climatiques. C'est pourquoi parmi les formes caséuses, nous ne revendiquons que celles dont l'évolution paraît être chronique, chez les malades ne présentant plus de poussées fébriles répétées.

c) *Les formes sèches et granuleuses* comportent des résultats très satisfaisants ; mais l'absence de tous signes objectifs oblige, plus ici que dans les autres formes, à poursuivre longtemps le traitement : la cure solaire doit être systématique et aveugle et survivre de longs mois à la disparition des symptômes.

d) *Les formes à tendance plastique* constatées à l'opération, ou se traduisant par des troubles fonctionnels dans différents organes, gastriques, vésiculaires, intestinaux, représentent l'indication de choix de la cure héliomarine. C'est vraiment le traitement idéal à opposer, quand on peut l'éviter, à la chirurgie dont on sait les déboires, et à la radiothérapie dont le processus curateur peut entraîner justement la formation de nouvelles adhérences.

Nous en arrivons donc en définitive aux *contre-indications* de la cure héliomarine :

— dans les formes ascitiques fébriles au début de leur évolution ;

— dans les formes caséuses avec état général déficient et poussées fébriles ; la mer est parfois bien-faisante à ces formes, nous en avons des exemples, mais les risques courus nous obligent à ne pas tenter désormais l'expérience.

Certaines contre-indications tiennent à l'atteinte d'autres organes : telles que l'existence d'une pleurésie très récente en évolution, l'existence d'une tuberculose pulmonaire tertiaire.

Un dernier groupe de contre-indications est tiré du terrain de la constitution du malade. Elles sont imprévisibles et n'apparaissent qu'après quelques semaines d'épreuve, chez des sujets, notamment des femmes, intolérants au climat marin ; ce sont des sympathicotoniques, dont les manifestations sont parfois exagérées à la mer, avec troubles nerveux, digestifs, amaigrissements. Ces faits sont rares ; nous devons néanmoins en tenir compte. En général et schématiquement, les sympathicotoniques supportent mieux la montagne ; les vagotoniques sont mieux améliorés par la mer.

4. — *Durée de la cure. — Résultats éloignés et retour à la vie normale :*

La durée d'une cure est fonction de la forme clinique que présente le malade et de son évolution, mais celle-ci, essentiellement variable, impose en dehors de toute constatation objective, une cure aveugle, en raison du silence clinique si fréquent, et des possibilités de rechute, longtemps après la stabilisation apparente des lésions ; ces deux derniers éléments sont imprévisibles à l'origine. 19 malades dans notre statistique étaient atteints, depuis 3 à 10 ans. Certains avaient déjà pu, plusieurs fois, être considérés comme guéris, et figurer dans d'autres travaux.

Il existe bien des statistiques éloignées souvent très favorables, mais le petit nombre des malades retrouvés laisse tout supposer à propos des autres.

Les tests de guérison sont souvent trompeurs, car rien n'est absolument objectif dans l'examen d'un péritoine. Parmi les signes locaux : souplesse et indolence de l'abdomen, ainsi que du péritoine et des organes pelviens, constatés aux touchers, sont des éléments de garantie de stabilisation mais ne prouvent pas toujours la guérison définitive. Pour les signes généraux, on exigera : la stabilisation de la courbe thermique, confirmée par l'épreuve de Kuss, l'amélioration de l'état général, la reprise du poids ; la vitesse de sédimentation et l'épreuve de Vernes sont également d'un apport intéressant pour fixer notre pronostic, lorsque leur courbe se montrera basse à plusieurs reprises. Pour mieux montrer notre sentiment, nous disons qu'un malade doit être encore soigné 6 mois et surveillé 2 ans après qu'on aura constaté chez lui tous les signes de la guérison.

En définitive, et à titre de schéma, la cure héliomarine doit durer un an au minimum, depuis le début clinique de la péritonite, ou depuis sa rechute, et même souvent plus dans ce dernier cas, à cause du génie évolutif de l'affection.

Malgré les éléments peu favorables de notre statistique, nous apportons 50,7 % de guérisons, 18,4 % d'améliorés, 23 % de stationnaires et 6,9 % de décès.

Quel est l'avenir de ces malades ? Il tombe sous les sens que les conditions dans lesquelles ils vivront ou

travailleront, joueront le rôle le plus important dans leur avenir. C'est le problème *post-sanatorial* qui se pose. Ce problème est d'une importance considérable, c'est la rééducation et le reclassement social de ces malades avant de les livrer à la vie normale.

Depuis plusieurs années, le Docteur Félix Bérard s'est attaqué à ce problème pour l'ensemble des malades en traitement à Giens-Hyères. Il s'est heurté à de nombreuses difficultés qui semblent près d'être résolues.

Sa conception sur ce point est la suivante : l'hôpital doit être réservé aux malades ; seul le Foyer post-sanatorial, avec Ecole de Rééducation technique et professionnelle, destiné aux convalescents, nous permettra de réaliser la solution logique et humaine de ce problème.

Analogue aux réalisations italiennes de Parodi à Camerlata, cette école aura l'avantage d'éliminer les convalescents des services d'hôpitaux, consacrés seulement aux malades actifs. Elle disposerait d'ateliers bien aménagés et de professeurs spécialisés apprenant à chacun le métier qui lui convient. Les prix de journée pourraient être moins élevés que dans les hôpitaux, en raison de l'absence de tous frais médicaux, chirurgicaux, radiologiques, et du concours que tous les pensionnaires pourraient eux-mêmes donner pour l'entretien et les travaux courants de l'établissement ; ce qui est un avantage aussi pour les collectivités responsables de ces malades.

Cette conception commence à être exécutée à l'Interdépartemental d'Hyères sur l'initiative du Docteur

F. Bérard et avec l'appui de l'Œuvre des Tuberculeux lyonnais que dirige sur la côte le Professeur Bérard.

Un premier établissement de ce type (Pomponiana) doit fonctionner d'ici quelques semaines.

A cette école de rééducation doivent s'annexer deux offices, l'un chargé de vendre les produits manufacturés, l'autre de placer les anciens malades.

Ainsi, guéries par la cure héliο-marine, rééduquées professionnellement, reclassées socialement, et travaillant dans de bonnes conditions, les péritonites tuberculeuses réuniraient le maximum de chance de bénéficier d'une guérison définitive.

Pour étudier les résultats éloignés chez nos anciens malades, nous avons mené une enquête parmi eux, en leur adressant un questionnaire ; nous avons reçu 53 réponses. Le départ de nos correspondants s'échelonne sur 4 années :

11 malades partis non améliorés = leur état est resté stationnaire ou s'est empiré.

42 malades partis guéris ou améliorés = 20 malades sont guéris sans séquelles ; 19 sont pratiquement guéris mais présentent des séquelles digestives, génitales ou fragilité de l'état général ; 3 ont eu récidives ou rechutes.

Sur ces malades : 25 font un travail salarié ; 9 peuvent travailler, mais, ou bien ils ne trouvent pas de travail, ou bien certaines femmes préfèrent ne faire que leur ménage.

Enfin, 4 de ces malades nous disent avoir eu une grossesse.

CHAPITRE IV

STATISTIQUES

Nous résumons dans les tableaux suivants les résultats de nos statistiques suivies de statistiques qui nous ont été communiquées.

I. Résultats d'ensemble

Nombre de malades observés	Guéris	Améliorés	Stationnaires	Morts
130 cas	66	24	30	9
Pourcentage	50,7 %	18,4 %	23 %	6,9 %

II. Résultats détaillés suivant les sexes et les formes

FEMMES : 107

Caséeuses : 35				Ascitiques : 28				Séch. Granul. : 44			
G.	Am.	St.	m.	G.	Am.	St.	m.	G.	Am.	St.	m.
18	5	10	2	18	6	1	3	20	9	15	0

HOMMES : 23

Caséeux : 9				Ascitiques : 6				Séch. Granul. : 8			
G.	Am.	St.	m.	G.	Am.	St.	m.	G.	Am.	St.	m.
3	1	2	3	3	1	1	1	4	1	3	1

III. Résultats détaillés suivant les âges.

FEMMES												
Ages	Caséeuses				Ascitiques				Sèch. Granul.			
	G.	A.	S.	M.	G.	A.	S.	M.	G.	A.	S.	M.
16 à 30 ans	14	5	6	1	16	5	1	2	19	6	10	0
30 à 40 ans	3	1	2	1	3	1	0	0	1	3	5	0
40 à 60 ans	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL..	18	6	9	2	19	6	1	2	20	9	15	0

HOMMES												
Ages	Caséeux				Ascitiques				Sèch. Granul.			
	G.	A.	S.	M.	G.	A.	S.	M.	G.	A.	S.	M.
16 à 30 ans	2	1	1	3	3	1	1	1	4	0	0	1
30 à 40 ans	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
40 à 60 ans	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL..	3	1	2	3	3	1	1	1	4	1	2	1

IV. La totalité de nos 166 malades se divise comme suit :

FEMMES : 138

	Cas. : 46	Ascit. : 37	Sèches et granul.: 55
16 à 30 ans	35	30	45
30 à 40 ans	9	7	10
40 à 60 ans	2	0	0

HOMMES : 28

	Cas. : 11	Ascit. : 8	Sèches et granul. : 9
16 à 30 ans	9	7	6
30 à 40 ans	1	1	2
40 à 60 ans	1	0	1

V. Atteinte pleurale antérieure, associée ou consécutive

(Comme pour les tableaux suivants, il s'agit du nombre total des malades : 166).

	Caséeuses	Ascitiques	Sèch. et gr.	Total et %
Femmes	15	21	18	54 39 %
Hommes ...	3	8	1	12 43 %

Atteinte génitale associée : 30 fois sur 138.

VI. Fistuleux relevés dans les différentes formes

	Caséeux	Ascitiques	Sèch. et gr.	Total et %
Femmes	23	5	4	32 23 %
Hommes ...	3	0	0	3 10,7 %

VII. Résultats des 104 Interventions pratiquées chez les Femmes

	Résult. satisf.	R. indiffér.	R. mauvais
Caséeuses	3	14	23
Ascitiques	4	9	7
Sèches et granul.	9	29	6
TOTAL	16	52	36

VIII. Résultats des 13 Interventions pratiquées chez les Hommes

	Résult. satisf.	R. indiffér.	R. mauvais
Caséeuses	0	2	4
Ascitiques	0	1	0
Sèches et granul.	0	5	1
TOTAL	0	8	5

L. G.

6°

Statistique de Capelle à Odeillo

356 *malades, dont 138 enfants.*

Très bons résultats : 284 - 81 %	Bons résultats : 26 - 7 %
Améliorés : 4 - 1 %	Stationnaires : 7 - 2 %
Aggravés : 7 - 2 %	Décédés : 17 - 5 %
Evacués pour TB pulmonaire : 0,80 %	

Statistique de Raffaele Zanolli et Scotti Douglas à Pietraligure

255 *malades, dont 42 enfants.*

Guéris.: 124 48,6 %	Gde amél.: 41 16,6 %	Amél. : 32 12,9 %
Stationn.: 31 12 %	Aggravat. : 11 4,3 %	Décès : 16 6,5 %

Statistique de Rollier à Leysin

Sur 177 *malades, dont 15 enfants.*

Guérisons : 138	Amélioration : 26	Etat stat. : 6
soit 72,3 %	14,7 %	3,4 %
Décès : 5 soit 2,7 %	Aggravation : 2 soit 1,1 %	

Statistique de Bastide au Grau-du-Roi

45 *malades, dont 5 enfants.*

Guérisons : 16	En cours d'amél. : 6	Améliorat. : 10
soit 34 %	soit 13 %	soit 22 %
Aggravation : 5	Stationnaire : 4	Décès : 3
11 %	8,3 %	6,6 %

CONCLUSIONS

On donne généralement trop de place aux formes ascitiques et caséuses, dans ce que leur évolution a de classique. Il existe un très grand nombre de formes intermédiaires qui retiendront plus encore notre intérêt, parce qu'elles posent plus de problèmes à propos des formes cliniques, de la symptomatologie, du diagnostic et des évolutions, et pour lesquelles la question thérapeutique s'avère souvent difficile. Il y a avantage à dépister plus souvent ces formes, à faire mieux qu'un diagnostic opératoire. Mais nos moyens de diagnostic sont précaires et l'on peut souhaiter voir se perfectionner le « clavier sérologique » de la péritonite tuberculeuse, suivant la formule de Courmont.

Nous avons étudié particulièrement la cuti-réaction, la vitesse de sédimentation et la séro-floculation de Vernes à la résorcine. Ces méthodes, conjuguées à la clinique, sont susceptibles de nous donner d'utiles renseignements par leur association.

— L'évolution des péritonites tuberculeuses est plus variable qu'on ne le dit habituellement ; rechutes et récidives sont toujours possibles, même après de longues périodes de guérison apparente ; d'autres

localisations externes peuvent survenir ; quelques malades, assez rares semblerait-il, font de la tuberculose pulmonaire chronique. Enfin, à quelque moment de l'évolution, la généralisation tuberculeuse est toujours possible.

LES TRAITEMENTS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

A. — *Les rapports de la chirurgie avec la péritonite tuberculeuse.* — Quand l'intervention n'est motivée ni par l'urgence, ni par l'erreur, elle ne constitue pas une indication de choix, en raison de ses résultats inconstants, difficilement interprétables, et de ses risques imprévisibles. La chirurgie ne doit plus être un traitement de la péritonite tuberculeuse diagnostiquée et non compliquée.

B. — Le traitement hygiène-diététique, avec son importance de premier ordre — le traitement médicamenteux comme adjuvant — les rayons U.-V. comme succédanés du soleil, constituent des éléments importants de la lutte contre la péritonite tuberculeuse.

C. — Mais en face de la multiplicité des formes et des évolutions, pour atteindre à la fois tous les objectifs : lésions, foyers originels, terrains, nous possédons une médication unique : le soleil combiné à la cure climatique ; cure héliio-alpine si magnifiquement illustrée par Rollier, cure héliio-marine enfin, appliquée journellement près du golfe d'Hyères et sur la presqu'île de Giens.

L'application de cette cure demande une surveillance minutieuse du malade et de ses réactions. Hélio-thérapie à foyer couvert, hélio-thérapie de dérivation, préconisée par Rollier, hélio-thérapie discontinue de Brody, constituent des perfectionnements certains de la méthode habituelle. Signalons aussi l'hélio-thérapie filtrée et concentrée de Saidman.

La cure hélio-marine est contre-indiquée, comme tout autre « choc climatique » : dans les deux premiers mois de l'évolution des formes ascitiques, dans les formes caséuses hyperthermiques et à état général déficient, dans les formes associées à une pleurésie ou à une tuberculose pulmonaire évolutive.

RÉSULTATS. — RETOUR À LA VIE NORMALE. —

PROBLÈME POST-SANATORIAL

Les résultats que nous avons apportés auraient été améliorés si tous les sujets avaient pu se soigner dès le début, si les cures antérieures avaient été plus longues, si enfin on avait pu garder ces malades plus longtemps. C'est pourquoi nous insistons, en terminant, sur la nécessité d'avoir, près de nos sanatoriums, des maisons de Palier, qui permettraient d'éviter à nos sujets péritonéaux encore fragiles, le retour brutal à leur ancienne profession et aux soucis de la vie sociale. Ils pourraient ainsi se réadapter progressivement au travail, voire apprendre un nouveau métier, si le leur est devenu pour eux trop pénible. Il est enfin indispensable de placer ces an-

ciens malades dans des conditions de travail favorables, car le chômage est aussi nuisible pour eux qu'un travail trop fatiguant.

Cure héliο-marine, rééducation professionnelle et sociale seraient les deux pôles du traitement des péritonites tuberculeuses.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Juin 1939.

Pour le Recteur et par délégation :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier.</i> — Considérations cliniques	15
I. — Date d'apparition de la tuberculose après la primo-infection	15
II. — Polymorphisme de la péritonite tubercu- leuse	17
III. — Autres manifestations tuberculeuses as- sociées à la péritonite	24
<i>Chapitre II.</i> — Diagnostic des péritonites tubercu- leuses	31
I. — Difficultés du diagnostic	31
II. — Polymorphisme évolutif des péritonites tuberculeuses	42
III. — Evolution à distance de la péritonite tu- berculeuse	45
<i>Chapitre III.</i> — Thérapeutique des péritonites tu- berculeuses	49
I. — Chirurgie des péritonites tuberculeuses ..	49
II. — Traitement médical	55
<i>Chapitre IV.</i> — Statistiques	81
CONCLUSIONS	85

